

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto para o estudo e progresso da Cirurgia

Director: DR. ENRICO BRANCO RIBEIRO



VOL. LXX

São Paulo, Julho de 1955

N.º 1

Sumário:

	Pág.
Hepatosomia — Dr. ATTILIO J. LASALA.....	21
Drenagem em cirurgia biliar — Dr. A. J. RIBEIRO DE CAMARGO	63
Pistulo-anastomose — Dr. JAIME RODRIGUES.....	73

NONO NÚMERO CONSAGRADO AO
II CONGRESSO DA SECÇÃO BRASILEIRA DO
COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES



LABORATÓRIO TORRES S. A.

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica mensal fundada em 1913 sob a direção dos Drs.:

ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO,
VITAL BRAZIL E DIOGO DE FARIA

Editada sob a direção do
DR. ADEMAR NOBRE

pelo



Sanatório São Lucas

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOLUME LXX
JULHO A DEZEMBRO DE 1955

São Paulo Editora S/A., imprimiu
1955

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
3. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.200,00
4. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
$\frac{1}{2}$ página (9 x 12 cm.) por vez	800,00
$\frac{1}{4}$ página (9 x 5,5 cm.) por vez	500,00
Encarte por vez	1.500,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático — Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,30
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

Aos primeiros sintomas de
gripe ou de simples resfria-
mento recorra logo á

NOVALGINA-QUININA

Tratamento abortivo e cura-
tivo em todos os casos.

Quando a infecção já se
tiver manifestado, este me-
dicamento baixa a tempe-
ratura e influe ótimamente
sobre o quadro morbido
graças aos seus componentes

NOVALGINA + QUININA.

Efeito rapido e duradouro.

Tolerancia perfeita.

EMBALAGEM ORIGINAL :
tubo com 10 drageas



A Chimica *"Bayer"*
RIO DE JANEIRO
Caixa postal 560

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

ERITHRINA CHRISTA-GALI

(COM GLUCOSE)

Pantofedrina

*no tratamento da coqueluche
preparado no*

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



neuro-sedativo — anti-espasmódico — anti-convulsicante

Na hiper-estimulabilidade reflexa — Córdio-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacantha-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: | Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 — Telefone 33-3426 — São Paulo

novo princípio

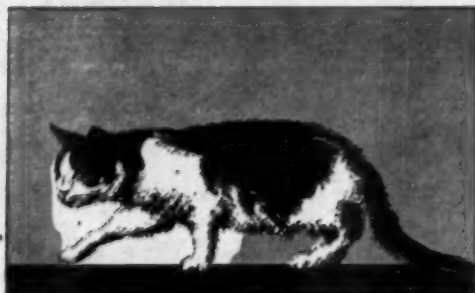
em Estreptomicino-terapia

O AMBISTRIN representa um importante progresso na antibiótico-terapia. Combina, em partes iguais, sulfato de estreptomicina e sulfato de diidro-estreptomicina; desta forma, o paciente recebe apenas a metade da dose de cada medicamento. O perigo de lesão vestibular (provocada pela estreptomicina) e de perda de audição (causada pela diidro-estreptomicina) reduzem-se consideravelmente com diminuição da eficácia terapêutica.

Este princípio tem sido demonstrado tanto em animais como no homem.



*Gato tratado
com estreptomicina,
apresentando ataxia*



*Gato tratado com
a mesma quantidade
de estreptomicina
e diidro-estreptomicina,
apresentando
equilíbrio normal*

Em pacientes tratados com ambos os antibióticos em combinação, administrando-se doses diárias de 1 g durante 120 dias, a ocorrência de neurotoxicidade é praticamente nula.

AMBISTRIN

Sulfato de Estreptomicina e Sulfato de Diidro-Estreptomicina Squibb em partes iguais
Frascos de 1 a 5 g da base pura

SQUIBB PIONEIROS NA PESQUISA E
MANUFATURA DA ESTREPTOMICINA



Vasodilatadores Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL com RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

BELPAR

Codeína (fosfato) . . . 0,02 g.
Papaverina (cloridrato) . 0,02 g.
Atropina (sulfato) . . . 0,0001 g.
Excipiente q. a. p. um comprimido.

comprimidos
**agora uma nova forma
complementar de**

Belpar
gotas



**TOSSES
E
DORES
ESPASMÓDICAS**

Codeína (fosfato) . . 0,02 g.
Papaverina (cloridrato) 0,005 g.
Atropina (sulfato) . . 0,0001 g.
Excipiente q. a. p. . . 1 cm³

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO
FILIAIS: R. MARQUES DE ITÚ, 202 - S. PAULO - RUA GUARANI, 135 - BELO HORIZONTE
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE
AGENCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS



VACINBUC

Em dosagens eficientes :

**Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.**

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais



LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Escritório: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — Laboratório: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Rêde interna) São Paulo, Brasil.

A experiência desvendou a sinergia funcional do grupo vitamínico β .

Reunir seus elementos racionalmente e forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.



ANESTÉSICOS RHODIA

PARA ANESTESIA GERAL

ÉTER RHODIA
KELENE Geral



PARA ANESTESIA LOCAL

KELENE Local
SCUROCAINE



ANESTÉSICO INTRAVENOSO

NESDONAL



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP



Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

Xantinon

Ampólas de 2 e 5 cm³

Metionina

Xantina

Cloridrato de colina

Fração L de Wilson

Excipiente : -

Fatores lipotrópicos hepáticos



Laboratório Xavier

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.



Novidades Lafi

Moderna orientação na terapêutica da dor:

ASSOCIAÇÃO $B_1 + B_{12}$

BITUELVE

Cada ampóla de 1 cm³ contém:

Vitamina B ₁₂	500 mcg
Vitamina B ₁	100 mg

BITUELVE - R

Cada ampóla de 2 cm³ contém:

Vitamina B ₁₂	1.000 mcg
Vitamina B ₁	100 mg

$B_1 + B_{12}$ - Duas vitaminas com efeitos paralelos, que se completam e se potenciam.

ANTIBIÓTICOS LAFI

LAFICILINA - 0,5 g

Penicilina G Potássica cristalina	100.000 U. I.
Penicilina G Procaina	300.000 U. I.
Estreptomicina (sulfato)	0,25 g
Dihidro-estreptomicina (sulfato)	0,25 g

LAFICILINA - 1 g

Penicilina G Potássica cristalina	100.000 U. I.
Penicilina G Procaina	300.000 U. I.
Estreptomicina (sulfato)	0,5 g
Dihidro-estreptomicina (sulfato)	0,5 g

★

— Retalhados em moderna câmara antibiótica —

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.

Rua Lisboa, 890 — Fones: 80-2135 e 80-2136 — São Paulo, Brasil

Consultores científicos

Prof. Dr. W. BERARDINELLI & Prof. A. DE BARBIERI

Filiais ou agentes em todos os Estados

LITHIODINA-B

Iodeto e carbonato de lítio - Vitamina B1

Caixa com 4 ampolas, de 5 cm3, de Lithiodina e 4 ampolas, de 1 cm3, de Vitamina B1 (Neovix B1 10 mg).

ALGIAS
REUMATISMO CRÔNICO
ARTERIOSCLEROSE

LITHIODINA SALICILADA

Iodeto, carbonato e salicilato de lítio

Caixas com 6 e 30 ampolas de 5 cm3.



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

LIT P-1

SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180
Caixa Postal 439

AMPÔLAS prontas para injeção imediata

ACECOLINE

4 DOSAGENS: 0,02 g. 0,05 g. 0,10 g. 0,20 g.

ACECOLINE PAPAVERINA

2 DOSAGENS

Cloreto de Acetilcolina . . . 0,10 g.

Fenilglicolato de Papaverina 0,05 g.

Cloreto de Acetilcolina . . . 0,20 g.

Fenilglicolato de Papaverina 0,05 g.

- **HIPERTENSÃO** •
- **ANGIOESPASMOS CEREBRAIS** •
- **ESPASMOS VASCULARES NAS**
TROMBOSES E EMBOLIAS •
- **ARTERITES** •

HYPOTAN



HYPOTAN PAPAVERINA

DRÁGEAS

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Lemaitre e Boinot, Paris, França
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. - Rua Blachuelo, 242 - C. P. 484 - Rio

FILIAIS: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO RUA GUARANI, 135 - BELO HORIZONTE
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE

AGENCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

Triunfando através dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais puro-sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

modo de usar:

ADULTOS: 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tério médico.

CRIANÇAS: 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo

PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxiurus

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermiculares*
e outras espécies da família dos *oxycurideos*.

★

APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.

Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil



infiltração gordurosa

JERCOFIL
medicação hepatotrópica

Protege o fígado
Previne a arteriosclerose



após medicação hepatotrópica

FÓRMULA:

Cada colher das de sobremesa (10 cm³) contém:

Colina básica (sob forma de citrato, tricolínico) ..	1,50 g
Acetil metionina	0,36 g
Inositol	0,20 g
Vitamina B12	10 mcg.



LABOR TERAPICA S. A.

(filial localizada na esquina da rua com a avenida)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXX

JULHO DE 1955

N.º 1

Hepatosomia

Dr. ATILLIO J. LASALA

Jefe del Departamento de Cirugía del Hígado, Vías biliares, duodeno-pancreas y bazo de la Escuela Quirúrgica Municipal para Graduados — Policlínico Rawson — Buenos Aires — (Directos Prof. R. Finochietto).

I — HISTORIA Y CONCEPTOS GENERALES

La hepatosomia o colangiostomia intrahepática, es decir, la derivación de las vías biliares intrahepáticas, surgió como un recurso en aquellos pacientes con síndrome coledociano total, en los cuales la anatomía patológica imposibilitaba practicar la derivación de las vías biliares extrahepáticas.

Fué T. KOCHER, el gran profesor y director de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Berna, quien en 1882 realizó por vez primera la hepatosomia externa, es decir, la derivación al exterior de las vías biliares intrahepáticas, en un caso de ictericia obstructiva, cuya anatomía patológica le hizo imposible la identificación del hepatocolédoco.

La evolución de este operado demostró la posibilidad y utilidad de la derivación de los canales biliares intrahepáticos, abriendo y abriendo el parénquima directamente al exterior.

Más tarde, KOCHER concibió la idea de completar la operación practicando la anastomosis de la fístula externa a un segmento del tubo digestivo, es decir, realizar así la hepatosomia interna. La hepatocolangiostomia interna, esto es la derivación de las vías biliares intrahepáticas al tubo digestivo fué recomendada por primera vez por MARCEL BAUDOUIN en 1896, para el tratamiento de la obstrucción permanente de las vías biliares extrahepáticas altas; su entusiasmo por este tipo de operación lo llevó posteriormente a indicarla como ideal para el drenaje de las vías biliares en todos los casos, temperamento que no resiste al menor argumento serio y que fué lógicamente criticado por diversos autores.

En 1897, ULLMANN practicó una hepatorstomía extensa como primer tiempo de una anastomosis ulterior con el tubo digestivo, después de haber resecado un tumor de vías biliares. Se declaró partidario de la cirugía radical del cáncer de las vías biliares y hepatorstomía interna consecutiva.

CZERNY, en 1898, realizó una de las primeras hepatorcolangi-enterostomías en un paciente con cáncer del hepatorcolédoco, aunque sin éxito, pues el enfermo falleció de peritonitis en el tercer día. El caso fué comunicado por Petersen al Congreso de Cirugía de Heidelberg en 1904.

En 1904, KEHR publicó su primera hepatorstomía interna y su experiencia en 1913 ascendía a 14 operaciones similares, de las cuales sólo 3 sobrevivieron. En cambio, hizo únicamente una hepatorstomía externa en un caso de cáncer de las vías biliares. Kehr indicaba la hepatorstomía interna en la obstrucción total del hepatorcolédoco, cuando es imposible llegar al obstáculo por ser quirúrgicamente inabordable. No la aconsejó, sin embargo, en la obstrucción por cáncer, sosteniendo — a nuestro entender erróneamente — que el cáncer inoperable de las vías biliares es tributario únicamente de la morfina.

ENDERLEN comunicó al Congreso alemán de Cirugía de 1904 sus experiencias en animales en los cuales realizó hepatorstomías internas o hepatorcolangi-enterostomía, llegando a la conclusión que las anastomosis se cierran al cabo de un tiempo, aunque se practique la ligadura del colédoco. Bobbio también efectuó experimentalmente la hepatorstomía interna en 5 perros y extrajo las siguientes conclusiones: 1) que la adherencia entre el asa yeyunal y el hígado es completa; 2) que la anastomosis funciona bien durante un tiempo, hasta que la esclerosis invade y estenosa la neoboca; 3) que es posible la infección ascendente. Por estos motivos, para Bobbio la operación no tiene fundamento. Sin embargo, los casos de Garré, Lameris, Henle, Moons, Stöhr y Anschutz, seguidos de éxito duradero, han demostrado que las conclusiones experimentales no se ajustan a la realidad clínica. Estas conclusiones también afirmó que los casos clínicos operados demostraban lo contrario.

El caso de GARRÉ presentado al XXI Congreso de Cirugía Francés de 1908, vino ulteriormente a consolidar la opinión de Kehr. Garré practicó una hepatorcolangioduodenostomía en un paciente que a raíz de un intenso traumatismo abdominal sufrió la sección del hepatorcolédoco, quedándole como secuela la estenosis completa y total de las vías biliares extrahepáticas, manifestada clínicamente por síndrome coledociano irreductible. En la operación practicada, ante la imposibilidad de investigar el hepatorcolédoco se efectuó la hepatorstomía interna, que produjo la curación del paciente, la que se mantenía tres años y medio después; según Garré, el lóbulo izquierdo es más conveniente para la anastomosis

porque las ramificaciones del conducto hepático son mayores que en el derecho.

EHRHARDT tuvo el mérito de intentar esta operación en un caso de atresia total de las vías biliares extrahepáticas, mal formación que produce la muerte a corto plazo. En 1909, frente a un enfermo con esta afección una hepatocolangioeyunostomía; aunque la operación no fué seguida de éxito, el intento estimula a proseguir por esta camino, porque es la única posibilidad quirúrgica de tratamiento de dicha mortal afección congénita.

La segunda tentativa de operación de atresia de las vías biliares extrahepáticas fué realizada por KAUSCH, quien efectuó una hepatostomía externa en un niño de seis meses, como primer tiempo, con la idea de practicar, en un segundo, una anastomosis interna, pero el enfermito falleció al quinto día. En 1928, Walsel intentó nuevamente la hepatocolangioenterostomía en 2 casos, de atresia total de las vías biliares extrahepáticas, aunque tampoco consiguió supervivencia.

La hepatostomía interna practicada por LAMÉRIS en 1909, sirvió también para refutar las conclusiones experimentales de Enderlen y de Bobbio. En un caso de tumor del hilio hepático con ictericia obstructiva total efectuó una hepatocolangioeyunostomía que fué seguida de éxito inmediato, con desaparición de la ictericia. Ocho meses después, el enfermo falleció a causa de una hemoptisis, y en la autopsia se comprobó que la anastomosis era permeable, además, por el estudio histológico se demostró que se formaron neoconductos hepatointestinales tapizados de epitelio cilíndrico.

Sin embargo, y no obstante la múltiple variedad de casos en los cuales se practicaron hepatostomías internas o externas, estas operaciones no entraron en la práctica corriente de la cirugía biliar, y los cirujanos de la época actual la echaron al olvido, o la ignoraron. Fué BABCOCK, el gran cirujano de Filadelfia, quien en 1942 rehabilitó esta operación, con la publicación del caso de una enferma de sesenta y ocho años de edad, que presentaba un síndrome coledociano por cáncer de las vías biliares con metástasis en hígado, y en la que practicó una cuña en el borde del lóbulo derecho, con el fin de efectuar una biopsia, pudiendo observar que inmediatamente fluyó bilis de un canal biliar diminuto, abierto en la superficie del corte. Entonces fijó esta zona hepática a la pared abdominal, cerrando el resto de la herida operatoria con drenaje de la cavidad peritoneal.

La enferma mejoró del prurido y la ictericia, falleciendo por caquexia a los 5 meses.

Babcock, después de esta operación, llegó a las siguientes conclusiones: 1) se puede exteriorizar el hígado sin reacción desfavorable; 2) la zona exteriorizada se cubre poco a poco con una capa de epitelio derivada de la piel vecina, que es necesario extraer para mantener abierto el canal biliar; 3) un minúsculo conducto abierto es suficiente para drenar la bilis y hacer cesar la ictericia.

y los otros síntomas; 4) cuando se cierran los conductos biliares por epitelización es posible rehacer la hepatomía, cureteando o reseando nueva cantidad en el parénquima expuesto; 5) la hepatomía en procesos malignos es una operación paliativa que mejora la ictericia y el prurito cuando los demás medios de tratamiento fracasan; 6) la hepatomía está indicada como primer tiempo en los casos de atresia de las vías biliares extrahepáticas.

El Director de nuestra Escuela Quirúrgica, Ricardo Finochietto, impresionado por el caso de Babcock se propuso realizarla, rehabilitando esta operación en nuestro medio; en 1944 la efectuó por primera vez en un caso de cáncer inoperable de los hepáticos, con intenso prurido que imposibilitaba la alimentación y el sueño al paciente. Le practicó una hepatomía externa, con resultado tan espectacular por la mejoría subjetiva de estos síntomas mortificantes, que lo llevó al convencimiento de su bondad, e inmediatamente la enseñó e impuso en su Escuela, donde desde entonces se ha mostrado sus ventajas. Nosotros la efectuamos por primera vez pocos días después, y en la actualidad nuestra experiencia alcanza a 48 casos.

En 1948 W. P. LONGMIRE y M. C. SANFORD publicaron un trabajo titulado "Colangiyeunostomía intrahepática con hepatectomía parcial por obstrucción biliar", en el que describen una técnica de anastomosis de un conducto biliar intrahepático del lóbulo izquierdo con el yeyuno, que practicaron con éxito en un caso de ictericia obstructiva por lesión quirúrgica de las vías biliares extrahepáticas.

Es interesante consignar que intentaron también esta operación en la atresia total de las vías biliares.

Poco después H. WILSON y C. E. GILLESPIE publicaron otro caso de lesión quirúrgica de las vías biliares principales tratada con éxito en una tercera operación con la técnica de Longmire y Sanford, y R. L. SANDERS relató caso similar en la discusión del trabajo de los autores citados.

Significa esto que la hepatomía interna, con sus variaciones técnicas, va nuevamente conquistando personería para el tratamiento de las lesiones de las vías biliares extrahepáticas inabordables a la disección quirúrgica.

GILBERTO MOREY S. presentó a la Academia Peruana de Cirugía, en 1949, un caso de atresia total de las vías biliares, tratada quirúrgicamente por anastomosis de la glándula hepática al duodeno, seguido de éxito, y que creemos es el primer caso favorable conocido. En marzo de 1953, hemos visto a la enfermita de Morey S., de 4 años de edad, y en perfecto estado de salud y desarrollo.

II - ANATOMÍA DE LAS VÍAS BILIARES INTRAHEPATICAS

Poco se ha escrito antes sobre la anatomía de las vías biliares intrahepáticas, lo que es explicable por las dificultades técnicas para ponerlas en evidencia. HABERLAND, en su extenso trabajo

sobre la anatomía quirúrgica de las vías biliares, le dedica pocas líneas.

R. SLOAN ha efectuado estudios radiográficos de los conductos biliares intrahepáticos en el hígado del cadáver fresco, en los lóbulos izquierdos y derecho, inyectando una solución radiopaca en el hepático derecho, ligando el hepático izquierdo a fin de que dicha solución no penetre en este lóbulo, para el estudio de las vías biliares intrahepáticas del lóbulo derecho y, a su vez, inyectando el izquierdo y ligando el derecho para evidenciar las vías biliares intrahepáticas izquierdas.

Por este método ha puesto de manifiesto que el conducto hepático principal izquierdo colecciona la bilis del lóbulo izquierdo, del lóbulo cuadrado y de la mayor parte del lóbulo de Spiegel. Y el hepático principal derecho colecciona la bilis del lóbulo derecho y una pequeña parte del lóbulo de Spiegel. No existe evidencia en estas preparaciones de anastomosis intrahepática de ambos sistemas canaliculares.

Nosotros hemos repetido este estudio radiográfico, obteniendo radiografías, que son semejantes a las del autor mencionado.

HJORTJØ y NORDMANN pusieron de relieve que las vías biliares intrahepáticas se reparten en dos territorios, precisando la dirección del plano de división entre ambos, que parte a derecha del ligamento falciforme y es oblicuo de arriba abajo, de izquierda a derecha y de delante atrás. De este modo, el canal hepático derecho es el confluente de los canales intrahepáticos de la casi totalidad del lóbulo derecho de los anatomistas y parte del lóbulo de Spiegel y el izquierdo comprende además del lóbulo izquierdo clásico, también el lóbulo cuadrado y la mayor parte del lóbulo de Spiegel.

M. Roux y colaboradores estudiaron radiográficamente las vías biliares intrahepáticas en 34 hígados, trabajo del cual surgió la tesis de J. Garret, llegando a la conclusión que el lóbulo derecho evacúa la bilis por dos ramas principales que forman el hepático derecho, una anterior y superior y otra posterior e inferior; en muchos casos existe otra tercera rama intermedia que desemboca en una o otra de las ramas principales.

El lóbulo izquierdo tiene un canal principal constituido por la rama izquierda del hepático o hepático izquierdo y se divide recién en la periferia en dos ramas, una anterior y otra posterior; este canal sigue una dirección sensiblemente transversal. El lóbulo cuadrado envía sus ramas al hepático izquierdo. En cuanto al lóbulo de Spiegel reparte sus ramas por los dos sistemas, derecho y izquierdo.

Por lo demás, hay que tener en cuenta que la hepatomía está indicada en los casos de obstrucción completa de las vías biliares extrahepáticas incluyendo el hilio, lo que significa que por encima de ellas, es decir en las vías biliares intrahepáticas, se produce gran dilatación de éstas, que alcanzan a los pequeños canales existentes

muy cerca de la cápsula de Glisson. Esta dilatación de los pequeños canales intrahepáticos superficiales la comprobamos en mayor o menor grado en todos los casos operados, a tal punto que hemos conseguido introducir en un canal superficial abierto por la hepatomía una sonda Nélaton número 18.

Si se realiza la hepatomía externa, es decir, la fístula externa de las vías biliares intrahepáticas, tendremos la seguridad de mantener la fístula biliar practicada, mientras persista la obstrucción de las vías biliares principales extrahepáticas. Sólo puede ser alterada, como veremos más adelante, por el crecimiento epitelial de los tejidos que produce la obstrucción del canal abierto, inconveniente por otra parte fácilmente remediable.

La confección de una fístula biliar interna, hepatocolangio-gastro, duodeno y yeyunostomía, es fácilmente practicable a poco que se extirpa una cuña de parénquima de cierta profundidad, que produce la abertura de uno o varios canales intrahepáticos de suficiente amplitud como para permitir la permeabilidad de la anastomosis. Ellas, sin embargo están sujetas a las mismas complicaciones que se producen en las anastomosis biliodigestivas efectuadas entre el sistema biliar extrahepático y el tubo digestivo: infección ascendente, estenosis, etc., pero en la práctica se han conseguido algunos resultados muy satisfactorios.

Fisiopatología del síndrome coledociano obstructivo. — El cuadro sintomatológico esencial del síndrome obstructivo biliar está caracterizado por la triada clásica: colemia, coluria y enteroacolia; colemia, esto es suero sanguíneo biliado; coluria, es decir la presencia de bilis en la orina, y enteroacolia a acolia fecal, consiste en la decoloración de las heces por la falta de aporte biliar al intestino.

Es de gran importancia establecer que esta triada sintomática sea realmente debida a la obstrucción de las vías biliares, pues las lesiones degenerativas o inflamatorias del parénquima hepático se prestan a confusión, y la intervención quirúrgica en estos casos no sólo será inoperante sino perjudicial.

La obstrucción biliar prolongada produce también alteraciones histopatológicas en el hígado y en otros órganos.

La experimentación en animales, además de la clínica humana ha demostrado que la ictericia es la consecuencia de la estancación biliar no obstante que el trabajo experimental de Haberland sobre ligaduras asépticas del colédoco en perros, parecieron demostrar lo contrario, al observar en ello sólo coluria con hiperbilirrubinemia leve, pero no ictericia franca.

Sin embargo, los trabajos de Mann y Bollman, de Snell Greene y Rowntre, etc., y de E. Pérez en 1932, y A. N. Canónico en 1938, han demostrado que las conclusiones de Haberland no eran exactas, pues en experiencias efectuadas con la más rigurosa asepsia

observaron que la ictericia se produce siempre como consecuencia de la obstrucción de las vías biliares principales.

CANÓNICO, en su trabajo experimental sobre obstrucción coledociana completa, ha observado hepatomegalia de tipo difuso, y en el corte, la presencia de conductos biliares dilatados; por encima de la obstrucción, las vías biliares se dilatan y toman un volumen seis e siete veces mayor que el normal; los conductos biliares intrahepáticos sufren también una dilatación proporcional.

COUNSELLER ha conseguido poner en evidencia, mediante preparaciones obtenidas con dobles moldes de los conductos biliares intrahepáticos y del sistema venoso porta de hígados con obstrucción de las vías biliares extrahepáticas, que la dilatación de los primeros comprime las ramificaciones de la vena porta.

Las investigaciones han demostrado que en la obstrucción biliar pura, la proliferación conjuntiva en el hígado es de escasa importancia, y que el desarrollo franco de la cirrosis hepática descrita por algunos autores, debe atribuirse a la acción sobreagregada de la infección.

STEWART y LIEBER manifiestan que en la obstrucción biliar, la necrosis focal no regenera o cura hasta que se constituye la decompresión quirúrgica, después de lo cual existe una rápida regeneración de la célula hepática.

Se explica, sin embargo, la tolerancia de muchos ictericos graves a la intervención quirúrgica, porque la actividad normal del hígado puede efectuarse con una pequeña parte del órgano (20 por ciento según Mann y Bollman). Esta reserva fisiológica del hígado, suficiente para mantener en muchos obstruidos de las vías biliares una función satisfactoria de la glándula, puede no ser apta para soportar la nueva situación creada por la operación y de ahí la observación en la clínica de la brusca declinación del órgano.

Nosotros damos valor decisivo al estudio hepatobilológico del icterico, siguiendo las directivas establecidas por A. LOPEZ GARCÍA y J. F. ZELASCO, efectuando la determinación de la bilirrubinemia, del colesterol y fosfolípidos en la sangre, así como también la determinación de la fosfatasa alcalina y las reacciones de floculación de Hanger, del timol y del oro coloidal. En la orina se investiga la bilirrubinuria y sobre todo la determinación de la urobilina. No debe omitirse la tasa de protrombina y si es posible de las serinas y globulinas del suero sanguíneo.

El cirujano debe saber que el obstruido de las vías biliares presenta un suero sanguíneo biliado con bilirrubinemia total no tan alta como la del hepatósico, en cual puede llegar hasta los 600 mg. por mil, mientras que en aquel oscila entre los 150 a 250 miligramos por mil. El colesterol sanguíneo y los fosfolípidos son elevados en los obstruidos — más de 2 a 4 g por mil, respectivamente — y la fosfatemia, elemento de gran valor diagnóstico, se eleva en el síndrome coledociano obstructivo por encima de 10 unidades Bo-

dansky (U.B.), habiendo nosotros observado casos hasta de 60 U.B., mientras en el hepatósico se mantiene generalmente por debajo de 10 U.B. Las reacciones de floculación son negativas en el obstruído, mientras que son fuertemente positivas cuando el parénquima está lesionado.

La determinación de la urobilina tiene también gran valor; en el obstáculo biliar completo se encuentran sólo cantidades ínfimas, lo que se comprende por la falta de aporte biliar al intestino, mientras que en el hepatósico la urobilina existe en gran cantidad por la insuficiencia hepática que impossibilita su metabolización en dicho órgano.

Otro signo de importancia para el diagnóstico diferencial, sobre el cual López García ha llamado la atención, es que en la hepatitis la ictericia se hace rápidamente; en menos de cuarenta y ocho horas se puede llegar a los 300 mg. de bilirrubinemia porque existe reabsorción linfática rápida y aún pasaje directo de bilis a la sangre a través de capilares rotos y de gran número de hepatocitos destruídos. En cambio, en la obstrucción biliar, la elevación de la bilirrubinemia es más lenta, porque se produce el almacenamiento de la bilis en las vías biliares, que se dilatan gradualmente formando un verdadero "lago biliar", según la expresión feliz de López García y Zelasco.

No nos referimos a otras pruebas funcionales ni tampoco a la determinación de la protrombina por ser muy conocidas.

Establecido el diagnóstico de ictericia obstructiva, la intervención quirúrgica no debe diferir-se más que el tiempo necesario para poner al paciente en condiciones favorables por la preparación preoperatoria (LASALA). No olvidar el concepto importantísimo de Stewart y Lieber que en la obstrucción biliar la necrosis focal no regenera o cura hasta que se instituye la descompresión quirúrgica.

El momento oportuno estará dado por la estabilización de la bilirrubina, es decir, quando no se producen variaciones apreciables entre dos determinaciones efectuadas con intervalo de cinco a siete días y al mismo tiempo se mantiene el colesterol, fosfolípidos y fosfatasa elevados, las reacciones de floculación negativas y la protrombina normal.

III — INDICACIONES Y CLASIFICACIÓN DE LA HEPATOSTOMÍA

Indicaciones

En el capítulo I hemos puesto de relieve que la hepatostomía se originó como operación de necesidad para el tratamiento de la obstrucción completa de las vías biliares extrahepáticas, cuando la anatomía patológica hace imposible su identificación, o cuando no existen congénitamente. Y desde que Kocher realizó la primera

hepatostomía, hace setenta y un años, la indicación fundamental se mantiene: operación para el tratamiento de la ictericia por obstrucción, con finalidad de derivar la bilis cuando no puede hacerse por las vías biliares extrahepáticas.

Hemos dividido las indicaciones de la hepatostomía en absolutas y relativas. Constituyen indicaciones absolutas, los casos de obstrucción biliar en los cuales la anatomía patológica de las vías biliares extrahepáticas hace imposible cualquier otra operación de derivación a nivel de ellas. Indicaciones relativas, en cambio, son aquellas en las cuales, aunque difícil, es todavía posible el acceso al hepatocolédoco. Las indicaciones relativas fueron puestas en prácticas en los primeros veinte años de la cirugía biliar, cuando el proceso plástico inflamatorio imposibilitaba la identificación de las vías biliares, o cuando el cirujano, erróneamente, interpreta la anatomía patológica inflamatoria crónica como proceso tumoral maligno. Es evidente que en la época actual esta indicación es mucho más restringida.

Indicaciones absolutas. — Las indicaciones absolutas de la hepatostomía están dadas por: 1) la atresia total de las vías biliares extrahepáticas; 2) los tumores malignos inextirpables del hepatocolédoco que llegan al hilio hepático; 3) las lesiones quirúrgicas o traumáticas de las vías biliares principales, que dejan como secuela una fibrostenosis total de ellas; 4) la hepatocolodocitis obliterante por infección primaria de las vías biliares.

Analizaremos cada una de estas indicaciones.

Atresia total de las vías biliares extrahepáticas: hasta hace algunos años esta malformación fué considerada como una curiosidad patológica sin tratamiento médico, ni quirúrgico. En el estudio de 50 casos, efectuado por THOMPSON en 1892, no se mencionaba el tratamiento quirúrgico; recién en 1916, en el prolijo trabajo efectuado por HOLMES, recopilación de más de 100 casos fué llamada la atención sobre la posibilidad de efectuar tratamiento quirúrgico en los casos de atresia parcial, aunque se temió siempre la cirrosis biliar que la obstrucción traía aparejada. Estudios posteriores demostraron que cuando la operación es seguida de éxito, la rehabilitación hepática es completa, por el extraordinario poder de regeneración de la glándula. Sin embargo, la operación se inició en los casos de atresia parcial, es decir, cuando existía un sector de las vías biliares extrahepáticas. En la atresia total, cuando en la exploración quirúrgica no se encuentra ningún canal extrahepático, fuera de los intentos de tratamiento por la hepatostomía efectuados por Erhardt, Kausch y Walzel, el cirujano se limitaba a la exploración.

LADD y GROSS encuentran sólo practicable la operación en la atresia con esta malformación, según estadísticas de los mismos autores.

Nosotros conceptuamos a la hepatostomía, externa o interna, como operación de indicación absoluta para el tratamiento de esta grave malformación, la que, no obstante sus riesgos, es muy digna de intentarse puesto que los niños que la presentan están condenados fatalmente a la muerte dentro de los primeros seis meses de vida, término medio. Es por ello que agregaremos en este capítulo la descripción clínica del cuadro y el análisis del diagnóstico diferencial, así como también la preparación y modo de efectuar la exploración quirúrgica.

Se considera atresia de las vías biliares extrahepáticas la malformación congénita caracterizada por la detención del desarrollo de aquéllas.

El síntoma clínico principal es la ictericia, que puede estar presente al nacer o aparecer pocos días después; se han observado, excepción, casos en los cuales la ictericia ha sido evidente sólo a las dos o tres semanas. El segundo síntoma de importancia clínica es la decoloración de las heces (acolfa), que siempre se presenta desde el nacimiento, aún cuando la ictericia no sea notable; se explica lógicamente por la ictericia es de causa obstructiva pura; sólo la bilis de la sangre, que trasuda por las paredes intestinales, puede dar algún tinte a las heces. Como consecuencia de la obstrucción, la coluria es importante, y la bilirrubinemia llega alrededor de los 200 mg. El hígado está agrandado, y el bazo puede ser palpable, siendo común una discreta anemia de 3.500.000 a 4.000.000 de glóbulos rojos. La protrombina, como es común en los obstruidos biliares puros, se mantiene normal durante algunas semanas, y el descenso posterior no es considerable (60 por ciento).

El diagnóstico diferencial debe hacerse: 1) con la ictericia del recién nacido; 2) con la eritroblastosis fetal; 3) con la ictericia hemolítica por sepsis.

Como se ve, el diagnóstico diferencial de la ictericia por atresia de las vías biliares no presenta mayores dificultades. En caso de duda, basta la espera de cuatro a seis semanas, plazo que permite descartar las otras afecciones que evolucionan más precozmente. Para seguridad diagnóstica, es conveniente no operarlos obstruidos biliares congénitos antes del fin del primer mes, ya que este plazo no agrava para nada el pronóstico y aumenta, en cambio, la seguridad del diagnóstico.

Tumores malignos inextirpables del hepatocolédoco que invaden el hilio hepático: en estos casos no es posible efectuar ninguna otra derivación biliar externa o interna para el tratamiento sintomático de la ictericia. El prurito es el síntoma desesperante, que impide el sueño y la alimentación. Los enfermos atormentados por él, piden la operación, y si el cirujano se limita a cerrar el ventre, ante la imposibilidad de efectuar la coledocotomía para derivar la bilis, el paciente seguirá con la ictericia y el prurito, y

llegará al convencimiento que la intervención fué inoperante. Hemos tenido oportunidad en estos casos de observar siempre este síntoma mortificante. Recordamos la expresión de uno de ellos que nos solicitaba con premura la operación porque "no podía vivir más, con el martirio de la picazón".

Es el síntoma que los lleva pronto a la caquexia por la falta de sueño y la mala alimentación. El fracaso del tratamiento médico para el prurito, contra el cual ni los sedantes más intensos consiguen nada efectivo, es la regla. Hemos ensayado también la novocaína y la papaverina endovenosa, sin ningún éxito.

En cambio, la derivación biliar produce la sedación del prurito generalmente dentro de las veinticuatro a las cuarenta y ocho horas. Hemos comprobado que la hepatomía calma el prurito en el 100 por ciento de los casos; en algunos, a las pocas horas de la operación.

Además de la mayoría de este síntoma tan desesperante, la hepatomía produce efecto psíquico extraordinario por la ilusión de la curación. El paciente al observar su apósito empado en bilis y el tinte icterico disminuido, tiene la sensación real de mejoría, y al médico tratante se le hace más fácil el desempeño de su misión: aliviar cuando no puede curar. Personalmente hemos seguido durante casi un año a un paciente culto a quien practicamos una hepatomía externa por cáncer, y a pesar que murió en caquexia, hasta sus últimos días conseguimos mantener la ilusión de curación, ya que el drenaje biliar y la disminución considerable de la ictericia, eran para él los signos seguros de ella.

RICARDO FINOCHIETO, refiriéndose a la hepatomía como operación paliativa, dice "... terapéutica quirúrgica profundamente humana que si bien no es de las que vuelven a la vida, ni de las que restituyen la función perdida, disminuye los sufrimientos en los últimos meses de pacientes irremisiblemente condenados...".

Hay que tener en cuenta, además, que el diagnóstico de cáncer hecho por el aspecto macroscópico puede ser falso y confundirse con proceso fibroinflamatorio calloso. Esto es verdadero, sobre todo en vesícula biliar. Y si la obstrucción se mantiene por la imposibilidad de efectuar quirúrgicamente la derivación de las vías biliares principales, el paciente llegara por esta causa y no por el seudocáncer, a la cirrosis biliar y a la muerte. La hepatomía, al mejorar la ictericia permite la rehabilitación del estado general y hasta puede permeabilizar las vías biliares principales, como sucedió en el primer caso operado por Kocher y nuestro caso clínico n.º 26. Y si ello no acontece, una segunda exploración haría posible la solución del problema.

En nuestra casuística, observación personal de Ricardo Finochietto, tenemos una enferma hepatomizada con sobrevida de cinco años; es posible que la causa productora de la obstrucción no

haya sido de naturaleza neoplásica, puesto que en los casos restantes, la muerte en caquexia se produjo a más tardar en el plazo de un año.

Lesiones quirúrgicas o traumáticas de las vías biliares principales que dejan como secuela una fibroestenosis total de ellas: esta indicación surge espontáneamente del propio problema. Ha sido una de las más empleadas por diversos autores.

Creemos, sin embargo, que ella será cada vez más restringida, porque según nuestra experiencia es posible casi siempre investigar el muñon del hepático aún por debajo de la cápsula de Glisson, muñon que es útil para la práctica de las anastomosis. Sin embargo este año debimos recurrir a ella en dos casos que habian sufrido varias reintervenciones por esta causa.

De todos modos, la hepatomía es la única operación que puede solucionar el tratamiento de la ictericia por obstrucción, secuela de la estenosis total traumática de las vías biliares, y en los casos en los cuales es imposible la investigación del muñon del conducto hepático. Las observaciones últimas de Longmire y Sanford, Wilson y Gillespie, y Sanders, así lo demuestran.

Hepatocolodocitis obliterante por infección primaria de las vías biliares: Afección muy poco común, en la cual la infección primaria de las vías biliares deja como secuela la estenosis total de ellas. La hepatomía fué recomendada por Maingot en estos casos. Para esta escuela corresponden las mismas consideraciones anteriores.

La evolución de nuestro caso clínico 26, tomado primitivamente por cáncer de las vías biliares extrahepáticas, nos hace pensar que podría tratarse en realidad de una hepatocolodocitis obliterante (ver capítulo VIII).

Indicaciones relativas: Limitamos las indicaciones relativas de la hepatomía al caso de excepción de síndrome coledociano obstructivo por litiasis canalicular y hepatocolodocitis, con intensa perihepatocolodocitis esclerolipomatosa, que hace muy difícil y peligrosa la investigación del canal principal.

La hepatomía actúa en estos casos como operación "descompresiva", mejorando el cuadro obstructivo biliar y la lesión anatomopatológica local, lo que posibilita la operación causal en un segundo tiempo, a efectuarse después de un intervalo de tres meses, como mínimo.

Cirujanos de la primera época de la cirugía biliar efectuaron esta técnica en los casos de litiasis canalicular complicada. Actualmente, con el progreso en el estudio y preparación de los pacientes, el mejor conocimiento de la anatomía normal y patológica y de la técnica quirúrgica, que permite una exploración eficaz sobre todo mediante la colangiografía operatoria de Mirizzi, el cirujano

de experiencia encuentra cada vez más alejada la imposibilidad de investigar las vías biliares extrahepáticas en estos casos difíciles.

Sin embargo, la hepatostomía es un gran recurso, al que el cirujano debe saber apelar cuando la investigación de las vías biliares extrahepáticas puede hacer peligrar la vida del paciente.



1 — Esquema de la hepatostomía externa: 1) Hepatostomía externa directa; 2) hepatostomía externa a distancia; 3) hepatocolecistostomía.

Clasificación de la hepatostomía

La hepatostomía se clasifica en externa e interna. Hepatostomía externa es la que permite la derivación de las vías biliares intrahepáticas al exterior y puede realizarse: (fig. 1).

- 1) Exteriorizando una porción de un lóbulo hepático por la herida operatoria, con la técnica que más adelante describiremos.
- 2) Cuando no es posible hacerlo en la forma descrita, practicando la hepatostomía a distancia.
- 3) A través del hecho vesicular, para aprovechar el abocamiento de la vesícula: hepatocolecistostomía.

Hepatosomía interna(*) o hepatocolangiosomía anastomótica es la que deriva la bilis de las vías biliares intrahepáticas a un segmento del tubo digestivo, lo que se realiza, sea abriendo estos canales por resección de una cuña de parénquima hepático, segmento que se anastomiza directamente al estómago, duodeno o yeyuno, o por intermedio de la vesícula biliar, efectuando previamente esta apertura en el lecho vesicular: hepatocolecistogastro-duodeno o yeyunostomía (fig. 2).

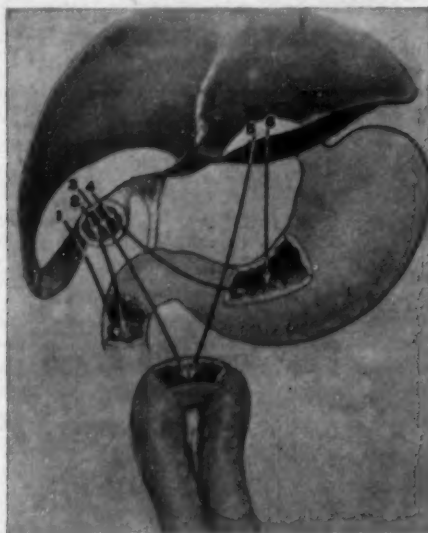


Fig. 2 — Esquema de la hepatostomía interna: 1) Hepatoduodenostomía; 3) hepatocolecistoyeyunostomía; 4) hepatocolecistogastrostomía; 5) hepatoyeyunostomía; 6) hepatogastrostomía.

CUADRO DE LAS HEPATOSTOMÍAS

HEPATOSTOMÍA...	EXTERNA..	{	al exterior o distancia por intermedio de la vesícula: h�pato-colan- giocolecistostom�a	
	INTERNA..	{	Directa	{ Hepatogastrostomía Hepatoduodenostom�a Hepatoyeyunostomía
				{ Hepatocolecistogastrostom�a Hepatocolecistoduodenostom�a Hepatocolecistoyeyunostom�a
			Indirecta ...	

(*) Hepatosomía o calangitostom a son términos sinónimos; no debe confundirse el término hepatostomía con el de hepaticostomía, que es el avenamiento del canal hepático.

La hepatostomía interna, más fisiológica que la externa permite al organismo aprovechar la bilis con todas sus ventajas, la externa, en cambio, tiene el inconveniente de la expoliación biliar, y sólo debe efectuarse en el curso de afecciones benignas como primer tiempo, para practicar después la anastomosis biliodigestiva, o como definitiva en afecciones malignas. Tiene la ventaja para los casos temporarios o los neoplásicos, que permite la vigilancia de la fístula y su tratamiento sensillo en caso de cierre de ésta. Además, posibilita la colangiografía post-operatoria para conocer el estado de las vías biliares intrahepáticas.

IV — TÉCNICAS ANTIGUAS DE HEPATOSTOMÍA

Antes de la descripción de la hepatostomía que realizamos, nos referiremos a las efectuadas por los precursores de estas operaciones.

La hepatostomía externa, realizada por primera vez como operación de necesidad, fué efectuada por Kocher con una técnica simple: se abocó un sector del lóbulo derecho del hígado a la herida operatoria, el cual fué rodeado con gasas; a nivel del lóbulo exteriorizado y bloqueado por las gasas se practicó una punción con termocauterio y el orificio resultante fué taponado con una tira de gasa. El drenaje biliar se estableció a las veinticuatro horas.

Esta técnica sencilla llenó la finalidad quirúrgica; abrir un canal biliar intrahepático y producir su avenamiento al exterior.

KEHR, en la única hepatostomía externa que efectuó, siguió una técnica digna de ser tenida en cuenta actualmente.

Utilizó el lóbulo izquierdo del hígado siguiendo las ideas de Haasler, quien sostiene que los canales intrahepáticos de este lóbulo son más directos y cortos. La técnica consiste en la extirpación de una cuña efectuada en el borde anterior de dicho lóbulo, en la superficie cruenta del hígado así formada, se practica con termocauterio un orificio de 5 cm. de profundidad, en el cual, después de ser dilatado con una pinza roma, se introduce una laminaria envuelta en gaza. Seis días después se retira la laminaria, colocando en su lugar un tubo de goma. La técnica fué muy efectiva porque la salida de bilis era abundante a los tres días.

BABCOCK en el caso operado en 1942, efectuó una técnica inspirada en la de Kehr.

LÖHSE empleó la siguiente técnica para la operación de la hepatocolecistostomía, es decir, la hepatostomía externa a través del lecho vesicular, y colecistostomía: 1) apertura del fondo vesicular; 2) perforación con termocauterio del parénquima hepático a través de la cara hepática de la vesícula; 3) colocación de un tubo en el orificio hepático practicado, tubo que sale al exterior através de la vesícula; 4) colecistostomía.

En cuanto a las técnicas de la hepatostomía interna, es decir, la derivación hepatocolangiodigestiva, se han empleado las más variadas,

sobre tolo en lo que se refiere a la viscera digestiva a anastomizar: estómago, duodeno, yeyuno. Kehr es partidario de la hepatocolangiostomía, efectuada en el lóbulo del hígado.

La vecindad de los órganos del hígado y estómago, favorece la ejecución de la anastomosis, siendo el lóbulo izquierdo hepático el más favorable, porque es el más vecino y por la constitución anatómica de los canales intrahepáticos, que demuestra que la distancia entre el conducto principal y los canales secundarios es menor, disposición que favorece el drenaje del lago biliar producido por la obstrucción del hepatocolédoco.

WALZEL prefiere utilizar el lóbulo izquierdo del hígado para la hepatostomía interna, la que ejecuta con la técnica siguiente: 1) apertura con termocauterio de un orificio en la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado a 3 cm. del borde y de 2 cm. de profundidad; 2) pequeña apertura en el estómago; 3) introducción de un tubo de gelatina endurecida en el orificio hepático por un lado y en el estómago por otro; 4) sutura del estómago a la cápsula de Glisson alrededor del tubo.

En la autopsia de un operado fallecido meses después de la intervención, pudo comprobar que el hígado estaba solidamente fijado al estómago y con bilis en este órgano. El orificio efectuado en el hígado estaba recubierto con mucosa, en medio de la cual se apreciaba la desembocadura de un canal biliar.

V — HEPATOSTOMÍA EXTERNA

Técnica

La hepatostomía externa o hepatocolangiostomía externa se practica de tres maneras diferentes que se emplearán según la indicación por la que se ejecuta y la anatomía que se encuentra durante la exploración.

1) *Hepatostomía directa* (1 de la figura 1), a practicarse en casos de indicación absoluta, generalmente por tumores malignos, cuando el hígado se encuentra agrandado y es posible exteriorizar un segmento de la glándula.

2) *Hepatostomía indirecta, a distancia* (2 de la figura 1), indicada en los mismos casos, pero cuando la anatomía patológica no permite la exteriorización glandular, es decir, la hepatostomía alejada de la superficie abdominal, y llevada a ella por los medios técnicos que describiremos.

3) *Hepatocolecistostomía* (3 de la figura 1), es decir la hepatostomía a través del lecho vesicular que permite la salida de la bilis de los canales intrahepáticos abiertos, directamente a la vesícula biliar, para de allí ser derivada al exterior por intermedio de la cole-

cistostomía. Tiene la ventaja que constituye una verdadera fístula biliar y se utiliza sobre todo como primer tiempo, para practicar en el momento oportuno una anastomosis biliofistulodigestiva definitiva. Está indicada principalmente para las afecciones benignas, en las cuales no es conveniente establecer una fístula externa prolongada por las desventajas de la expoliación biliar. Aunque la técnica, como veremos más adelante, es perfectamente realizable, sólo es practicable cuando se dispone de una vesícula de paredes sanas no englobada en el proceso causal.

Anestesia: según nuestra experiencia, la anestesia más inocua es la raquídea continuada con la técnica de Lemmon, modificada por Tuohy, que utiliza, en lugar de la aguja, un fino catéter, más fácil de mantener; es la anestesia preferible para la cirugía de los síndromes coledocianos. Sin embargo, también la hemos practicado con anestesia general a circuito cerrado (ciclopropano-éter) sin mayores inconvenientes. En caso necesario, puede ser realizada con anestesia local, sobre todo cuando no se requiere efectuar una prolongada exploración de las vías biliares.

Técnica de la hepatoromía externa directa. — Ha sido reglada fundamentalmente por Ricardo Finochietto, y comprende seis tiempos principales:

- 1) Laparotomía
- 2) Exploración
- 3) Fijación de un segmento hepático a la herida operatoria o hepatopectia
- 4) Cierre de la pared abdominal
- 5) Extirpación de una cuña de parénquima hepático para practicar la apertura de canales biliares intrahepáticos que se dilatan por la obstrucción hasta las proximidades de la cápsula de Glisson.
- 6) Hemostasis y apósito.

Laparotomía: Hemos utilizado siempre las incisiones empleadas para la cirugía de vías biliares; cuando el tórax inferior es amplio, con ángulo esternocostal abierto, practicamos la incisión subcostal de Kocher con la modificación de uno de nosotros (La-sála), sin seccionar el músculo recto; en casos de tórax cerrado se emplea incisión transrectal de Judd. La primera facilita la exteriorización del segmento hepático útil para la hepatoromía; en caso necesario, a la incisión de Judd hemos agregado una incisión transversal en L hacia el flanco derecho.

Exploración: Debe ser cuidadosa y reglada para obtener el convencimiento que no es practicable otra operación derivativa más simple. Primeramente se explora la región de la vesícula y del hepa-

tocolédoco y si por la punción exploradora se establece que las vías biliares no están obliteradas, se efectúa la colangiografía operatoria medio de exploración que demostrará la exacta localización y grado de obstrucción.

En los procesos inflamatorios o por lesión traumática quirúrgica o por atresia de vías biliares la exploración debe ser lo suficientemente prolongada y prolija, con el auxilio también de la colangiografía operatoria, hasta llegar a la certeza que no es posible descubrir la vía principal o algún resto de ella.



Fig. 9 — Hepatostomía externa: Colocación de puntos en U de fijación del peritoneo transverso a la cápsula de Glisson; se han colocado dos drenajes: uno que va al espacio subfrénico y el otro a la cavidad peritoneal.

Fijación de un segmento hepático a la herida operatoria o hepatopectexia: la zona de elección es generalmente el borde anterior romo del lóbulo derecho; si este lóbulo por la anatomía patológica no se puede exteriorizar, emplearemos el borde anterior del lóbulo izquierdo. Para ello, lo primero que se debe hacer es probar la practicabilidad de la exteriorización haciendo prehensión, colocando los cuatro últimos dedos hacia la cara inferior y el pulgar en la cara anterosuperior; si se consigue luxar el hígado con suaves movimientos de palanca, para lo cual puede ser necesaria la sección del ligamento falciforme, se entrega al segundo ayudante la víscera exteriorizada, que será mantenida en esa posición con mano calzada con guantes de hilo a fin de evitar deslizamientos.

Se circunscribe una superficie hepática lo más amplia posible, por lo menos de 6 a 8 cm. de ancho, que se fijará al plano parietal formado por el peritoneo y músculo transverso del abdomen. Esta fijación se hace por intermedio de dos amplios puntos en U que toman el plano parietal ya especificado, del labio inferior de la herida, atraviesa parénquima a 2 cm. aproximadamente del borde en el extremo izquierdo a fijar, luego toma el labio superior del peritoneo y transverso, y vuelve a 15 mm., haciendo el mismo trayecto para ser anudado en el labio inferior; igual punto en el extremo derecho. Generalmente este punto toma el ángulo derecho de la herida parietal y el interno o izquierdo corresponde aproximadamente a la mitad de la herida, o un poco más a la izquierda.

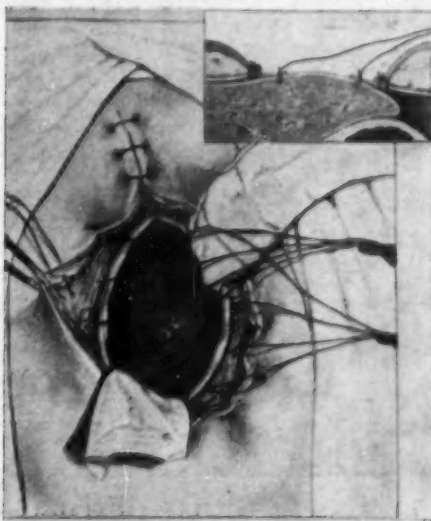


Fig. 4 — *Hepatostomía externa*: Cierre del resto de la herida. En la zona de la hepatopexia, sutura de la piel a la aponeurosis. En el esquema del ángulo se ve el corte.

Se completa la hepatopexia con puntos en U perpendiculares a la superficie hepática que penetran más o menos 5 mm., colocados a 20 mm. aproximadamente de distancia uno de otro. Todos estos puntos hacen con hilo grueso de material no reabsorbible (algodón número 16) y con aguja curva mediana de sección redonda. Se dejan diferidos, para anudar al final, a fin de que se facilite la colocación de los puntos restantes; cuídese al anudar de no cesar, porque se seccionaría el tejido hepático; hay que afrontarlos haciendo presión sobre el plano parietal que contacte con la superficie hepática. Los cabos se mantienen largos y se toman con pinzas.

Antes del cierre del resto de la herida es conveniente colocar dos avenamientos, que lleguen: uno a la cavidad peritoneal, y el otro al espacio subdiafragmático (fig. 3). Lo hacemos desde que observamos un caso en el cual se produjo discreto coleperitoneo atribuible a la herida de canales intrahepáticos por la aguja que atraviesa el parénquima para la colocación de los puntos de fijación. Si fueron abiertos la vesícula o el hepatocolédoco al efectuar la exploración, deberán ser drenados con los tubos correspondientes, aunque en el momento de la operación no se haya obtenido una gota de bilis. Esto es necesario porque al producirse la descompresión de la obstrucción biliar, la salida de bilis de los canales abiertos

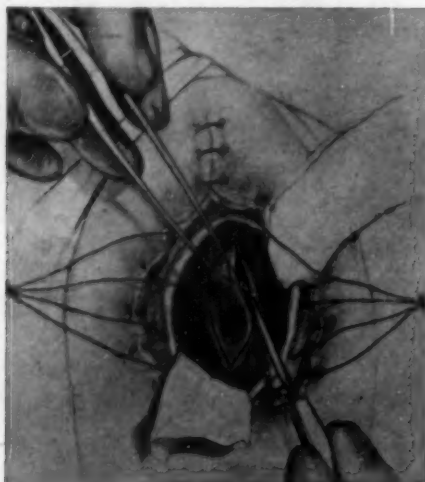


Fig. 5 — *Hepatostomía externa*: Terminada la hepatopexia y el cierre de la pared, se practica la extirpación de una cuña de parénquima para abrir los canales biliares intrahepáticos.

disminuye el edema agregado, y puede permeabilizarse el principal extrahepático, ocasionando, si no se drena, la formación de un coleperitoneo.

Cierre de la pared abdominal: Se completa el cierre de la pared abdominal según la técnica habitual, con la siguiente modificación a efectuar a nivel de la zona de la hepatopexia, para retardar la tendencia natural de la piel a invadir la región hepática exteriorizada. A ese nivel se fija la piel de cada labio de la herida a la apneurosis correspondiente por medio de puntos en U verticales. Cuando existe abundante tejido celular es conveniente extirparlo parcialmente, seccionando a bisel, a partir de la piel a la profun-

didad, lo que permite mejor afrontamiento de piel y aponeurosis. De esta manera se aísla el parénquima hepático del tejido de granulación que crece a partir de los bordes de la piel y que tiende a cerrar los canaliculos biliares intrahepáticos abiertos. Los cabos de los hilos de sutura para esta fijación se dejan largos y se reparan.

Extirpación de una cuña de parénquima para practicar la apertura de los canales biliares intrahepáticos: Terminados la hepatopexia y el cierre de la pared, se practica la hepatostomía propiamente dicha. Para ello se secciona con bisturía común, o, si se prefiere con bisturí eléctrico, una cuña de hígado del tamaño en



Fig. 6 — *Hepatostomía externa:* Tiempo final: hemostasis practicada con un trozo de gasa arrollada, fijada con los cabos largos de los puntos de la hepatopexia.

superficie de 5 por 3 cm. más o menos, y de una profundidad de 20 a 30 mm. que en la práctica no ha demostrado ser suficiente para la apertura de un canal biliar intrahepático útil para las salida de bilis (fig. 5). En un caso, con esta manera de proceder abrimos un canal intrahepático de tal amplitud que en el mismo acto operatório se vió salir un chorro de bilis blanca y en su interior se pudo introducir una sonda Nélaton número 18.

Hemostasis y apósito: Seccionada la cuña, sale sangre en napa en regular cantidad, nunca alarmante, si el hígado mantiene la suficiencia; a veces se nota algún chorro de un vaso de mayor

calibre; en tal caso conveniente efectuar la hemostasis con un punto en X que se anuda sobre un pequeño trozo libre de epiplón o de grasa. Para cohibir la hemorragia en napa,, lo mejor es taponar la brecha hepática con un trozo de gasa arrollada de modo que forme un cilindro de 7 a 8 cm. de largo por 3 cm. de diámetro, gasa que se fijará con los cabos largos de los hilos de la hepato-pexia (gasa número 1), como se ve en la fig. 6. No se debe perder tiempo con otras tentativas de hemostasis.

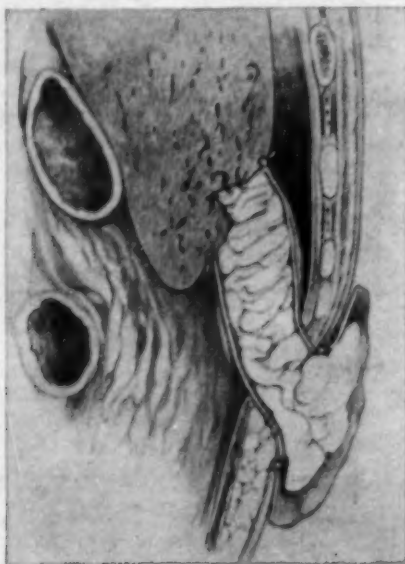


Fig. 7 — *Hepatosomía externa indirecta o a distancia*: Corte que representa la operación terminada. Se ve el corte del hígado a distancia de la pared, el lecho de drenajes fijados con puntos y la gasa de taponamiento.

En caso de excepción de hemorragia difícil de cohibir hemos colocado en el lecho hepático sangrante un trozo de gasa hemostática de material reabsorbible (celulosa oxidada) y por encima de ella la gasa arrollada antes mencionada. No hemos utilizado otros medios que, por lo demás, no han sido necesarios. La gasa hemostática no ha dificultado para nada el drenaje biliar.

Técnica de la hepatosomía indirecta o a distancia. — La hemos efectuado una sola vez y está indicada cuando no es posible practicar la hepatosomía directa ni la hepato-colecistectomía, porque la anatomía patológica no permite la exteriorización glandular y

la vesícula está englobada en el proceso o con lesiones que no permiten su utilización.

La operación se practica con el hígado dentro del abdómen; se circunscribe perfectamente un segmento glandular con cigarrillos, drenajes de gasa y goma o gasa y celofán de 50 mm. de ancho, que salen al exterior y que se fijan con puntos a la cápsula de Glisson, limitado el segmento por el lecho de drenajes, se practica la hepatostomía propiamente dicha. Si se consigue abrir un canal suficientemente amplio, se introduce en su interior una sonda Nélaton fina; si no, se termina la operación haciendo taponamiento del dicho lecho sangrante con gasa larga que sale al exterior; a través de esta gasa se establecerá el drenaje biliar, una vez cohibida la hemorragia, cirre parcial del resto de la herida (fig. 7). En vez de efectuar una cuña como en la hepatostomía directa se puede practicar un orificio de 2 cm. aproximadamente de diámetro con bisturí eléctrico; extirpando un cilindro de parénquima de una profundidad de 4 ó 5 cm.; en su interior se coloca un tubo de goma envuelto en una gasa que hace hemostasis y opera como drenaje.

Hepatocolecistostomía

La técnica es la siguiente: Efectuada la exploración y decidida la hepatocolecistostomía, se aísla con gasas la vesícula biliar, se abre el fondo de ésta en la extensión de 3 cm. aproximadamente; aspiración del contenido mucoso con o sin cálculos de la vesícula excluida por el proceso que engloba los canales biliares extrahepáticos principales. En el lecho hepático del colecisto se practica un círculo con bisturí o galvanocauterio de alrededor de 2 cm. de diámetro y de una profundidad de 4 a 5 cm. para extirpar un cilindro de parénquima del mismo tamaño (fig. 8). Con ello es seguro que se abren canales intrahepáticos dilatados por la obstrucción; la hemostasis se hace, o por el taponamiento con gasa larga, que sale por el orificio de la colecistostomía, o por la introducción de un tubo con dos o tres orificios laterales, rodeado por gasa larga que debe penetrar a presión. Hemos practicado esta operación varias veces y la hemostasis se efectuó sin dificultades con la colocación de un tubo rodeado por gasa de taponamiento. El tubo sirve de drenaje de la colecistostomía. Efectuada la hemostasis, se practica la colecistostomía según la técnica habitual, fijando la vesícula a la pared con tres o cuatro puntos, y haciendo hemostasis previa de la sección con un "surjet" helicoidal. Esta forma de hepatostomía tiene la gran ventaja de establecer una verdadera fístula biliar cuando se piensa efectuar un segundo tiempo de anastomosis en afecciones no tumorales. Posse, en cambio, el inconveniente que no puede rehacer, cuando por invasión del tejido de granulación pueden obstruirse los canales intrahepáticos abiertos.

Posoperatorio de la hepatostomía externa. — Geralmente transcurre sin incidentes cuando el paciente presenta condiciones generales satisfactorias, sobre todo de buena suficiencia hepática. En los casos de intervención prolongada por la exploración, el postoperatorio requiere los cuidados de toda operación de vías biliares practicada en ictericos.

Se instituirán sueros por vía endovenosa, permanente, gota a gota; plasma o sangre en caso necesario, vitaminoterapia K, C y B.

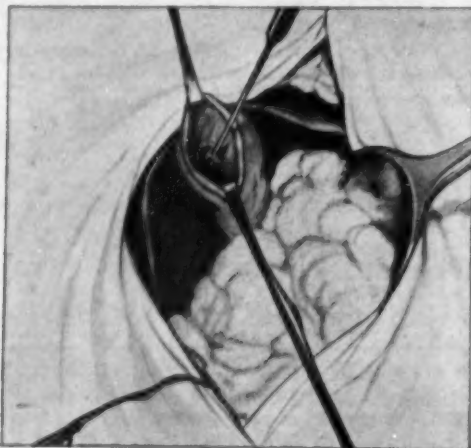


Fig. 8 — Hepatocolecistostomía: Extirpación con bisturi eléctrico de un trozo de parénquima a través del lecho vesicular.

En algunos casos, desde el momento de la operación comenzó a salir bilis por los canales intrahepáticos abiertos, bilis blanca del lago biliar, mas tarde bilis normal. En otros la bilis comenzó a fluir después de las veinticuatro horas.

La ictericia disminuye poco a poco, pero casi nunca desaparece del todo. El síntoma que mejora de modo espectacular es el prurito; algunas veces en las primeras horas de la operación; en otras, dentro de las cuarenta y ocho horas. El paciente que observa su curación empapada en bilis con la desaparición del prurito se vuelve optimista, mejora visiblemente, duerme bien, se alimenta. La coluria disminuye y la acolia desaparece temporariamente en casos que hay permeabilización transitoria de las vías biliares principales.

La atención del enfermo hepatostomizado es fácil.

Se cambia el apósito por primera vez, cuando se encuentra empapado por la secreción biliar; sólo se retiran las gasas super-

ficiales y no se tocan las gasas de taponamiento hemostático. Generalmente dentro de las cuarenta y ocho horas hay que efectuar la primera curación, pues el apósito y aún las ropas del paciente se encuentran embebidas en bilis. Al cambiar el apósito extenso se observa que las gasas de taponamiento están rodeadas por un coágulo adherente que debe respetarse.

Se sigue cambiando el apósito cada veinticuatro o doce horas si es necesario, sin trocar las gasas de taponamiento que permanecen empapadas en bilis. Al quinto día se seccionan los hilos que fijan la gasa número 2 y se retira ésta; en seguida se seccionan los hilos de fijación de la gasa número 1, que no se toca, dejándola



Fig. 9 — Hepatostomía externa: Fotografía correspondiente a uno de nuestros casos a los veinticinco días.

para que la secreción biliar la desprenda poco a poco, generalmente al séptimo día esta gasa bien movilizada puede ser retirada sin que esté adherida al parénquima y por lo tanto su extracción no da salida a la menor cantidad de sangre.

Los puntos de sutura de la piel y los de fijación del segmento hepático se retiran entre el décimo y duodécimo día.

Las curaciones subsiguientes se hacen simplemente planas, y en lo sucesivo puede ser efectuada por cualquier persona medianamente entendida, o capaz de seguir los consejos médicos.

La cantidad de bilis que drena por la hepatostomía es abundante; se puede calcular entre 500 y 1000 cm³ por día.

Teniendo en cuenta esta pérdida biliar, que a la larga produce evidentes trastornos generales, hay que hacer ingerir al paciente

sales biliares, vitaminas, etc. En algunos casos en los cuales es posible recoger secreción de la bilis, se hace ingerir por sondeo duodenal, intilándola gota a gota, en cantidad de 250 a 300 cm³, lentamente, a razón de 1 gota por minuto, y mientras el paciente se alimenta. Se coloca la sonda a la hora XI; una vez que está en el duodeno se le adapta el dispositivo de goteo con la bilis y el paciente puede comenzar el almuerzo, que después de los dos o tres primeros días realiza sin inconveniente no obstante tener colocada la sonda. De este modo se aprovecha la bilis en el período digestivo. Hay que tener mucho cuidado que la sonda haya pasado al duodeno, evitando así instilar la bilis en el estómago, causa de vómitos.



Fig. 10 — Hepatostomía externa: Fotografía de otro de nuestros casos. Aspecto a los treinta y siete días; se ve la bilis deslizando por la pared abdominal.

La alimentación, pasados los primeros días del postoperatorio inmediato, debe ser variada y completa, sobre todo abundante en proteínas e hidratos de carbono, con reducción de las grasas si el tumor comprende también la papila o páncreas que impide el aflujo de fermentos pancreáticos. En caso de tumores del hilio hepático con papila permeable que permite la llegada de estos fermentos al duodeno, también puede permitirse la alimentación grasa con cierta limitación. La alimentación debe llegar a la del adulto normal dentro de los diez primeros días. No debe omitirse la administración de vitamina K, de la que puede carecerse por la pérdida biliar.

Rehepatostomía. — En la hepatostomía externa directa hemos observado en algunos casos que el tejido de granulación, aunque de crecimiento lento, llega a invadir, alrededor del tercer de evolución, toda la zona hepática exteriorizada, y perturba la salida de la bilis por obstrucción de los pequeños canales abiertos. Generalmente basta el simple "curetaje" de las granulaciones. En un caso, sin embargo, tuvimos que proceder a la rehepatostomía. Con anestesia local de la piel y tejido celular que circunda la zona hepa-

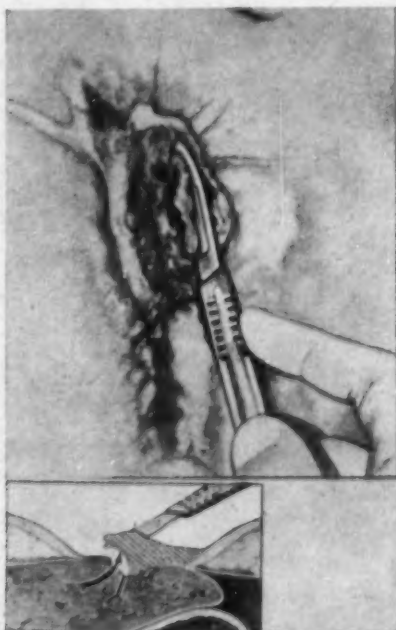


Figura n.º 11. — Hepatostomía externa. Rehepatostomía. El tejido de granulación que ha obturado los canales abiertos se extirpa con bisturí.

tostomizada, se secciona la piel de la zona de invasión, y luego con un bisturí muy afilado, se rebanan las granulaciones hasta comprender láminas del tejido hepático. De este modo se vuelve a permeabilizar los canales y se rehace la hepatostomía. (fig. 11).

La superficie cruenta da sangre en napa; la hemostasis se hace en igual forma que la primera vez. Se colocan algunos puntos de algodón número 16 en cada labio de la piel que rodea la hepatostomía y el tapón de gasa arrollada se fija anudando los cabos largos de los puntos de la piel de cada lado.

Colangiografía posoperatoria. — Para comprobar el estado de las vías biliares extrahepáticas hemos realizado en varias oportunidades la radiografía de ellas o colangiografía posoperatoria, introduciendo una cánula roma en un canal biliar abierto por la hepatostomía. Utilizamos siempre la cánula roma modelo Enrique Finochietto usada para venoclisis permanente. Por dicha cánula hemos inyectado yodolipol al 50 por ciento en cantidad variable, según el caso (5 a 10 cm³.) — Fig. 12).



Fig. 12 — Colangiografía posoperatoria de uno de nuestros casos
1) Cánula introducida por un canal abierto por la hepatostomía
externa; 2) canal intrahepático de mediano calibre, continuación
del canal superficial; 3) canal intrahepático derecho). Se ve cómo
por la hepatostomía externa drena al exterior un gran canal biliar.

VI — HEPATOSTOMÍA INTERNA

Se denomina hepatostomía interna o hepatocolangiostomía interna a la derivación de la vía biliares intrahepáticas al interior del tubo digestivo.

Por lo tanto, la hepatostomía interna comprende, además de la hepatostomía propiamente dicha, la anastomosis de este segmento

hepático con una porción del tubo digestivo. Según que se realice con el estómago, duodeno o yeyuno, la hepatostomía interna tomará el nombre de hepatogastrostomía, hepatoduodenostomía o hepatoyeyunostomía, o, mejor aun, hepatocolangiogastro, duodeno o yeyunostomía (fig. 2).

También como en la externa, cuando es posible se utiliza la vesícula biliar como intermediaria entre la hepatostomía propiamente dicha y el tubo digestivo, con el fin de facilitar la confección de la anastomosis, tomando en tal caso la denominación de hepatocolecistogastro, duodeno o yeyunostomía.

La hepatostomía interna constituye el tipo de anastomosis heterogénea, pues se practica entre un órgano macizo, el hígado y un órgano hueco tapizado por mucosa.

Como principio general, la sección del parénquima hepático o hepatostomía propiamente dicha, que se practica con el fin de efectuar la apertura de los conductos biliares intraglandulares, es conveniente que se haga a doble exterior, para abrir un mayor número de canalículos que verterán la bilis en el tubo digestivo, haciéndose por lo tanto más difícil su obstrucción por el tejido de granulación. Cuando no sea posible realizarla así, se hará un corte tangencial rectilíneo extirpando el borde del lóbulo; en el caso menos favorable, si se presenta en el corte una cara y no el borde, se efectuará la extirpación de una cuña a doble bisel interior.

La hemostasis de los vasos que se individualizan se hace de la misma manera que en la hepatostomía externa, ya descrita en el capítulo anterior; cuando la hemorragia es en napa y abundante, no hay inconveniente en taponar con una gasa arrollada sobre la superficie cruenta, la cual se fija con tres o cuatro puntos que atraviesan el parénquima, gasa que pasará a la luz del tubo digestivo cuando los puntos se aflojen al cabo de algunos días por la necrosis del tejido.

Es muy conveniente comprimir la zona de parénquima reseado entre el pulgar y el índice, con el fin de efectuar hemostasis provisional; disminuyendo la presión digital aparecen los vasos importantes que dan sangre, los que se pueden individualizar y ligar con puntos en X anudados sobre un trozo de epiplón. No aconsejamos los grandes puntos en U hemostáticos, porque pueden comprimir canales biliares abiertos que son necesarios para el escurrimiento de la bilis.

Técnica de la hepatogastrostomía. — Describimos la técnica de este tipo de anastomosis porque es la que nosotros hemos practicado dos veces con éxito inmediato. Por lo demás, la técnica de la hepatoduodeno y hepatoyeyunostomía, es semejante.

La hepatogastrostomía es sin duda la anastomosis más elegida por el cirujano, con la ventaja que significa para su confección la relación de vecindad entre el lóbulo izquierdo del hígado y el estó-

mago, los cuales prácticamente están en contacto. Pero creemos que desde el punto de vista del futuro de la anastomosis, es preferible practicar la hepatoyeyunostomía, sobre todo cuando la indicación operatoria fuere por causa benigna. Hemos practicado dos veces la hepatogastrostomía por tumor maligno del hilio hepático. Además, cuando se practica la hepatogastro o yeyunostomía es conveniente utilizar el lóbulo izquierdo del hígado, por razones derivadas de los estudios anastomóticos de Haasler, según los cuales esta lóbulo presenta canales biliares intrahepáticos más directos y cortos.

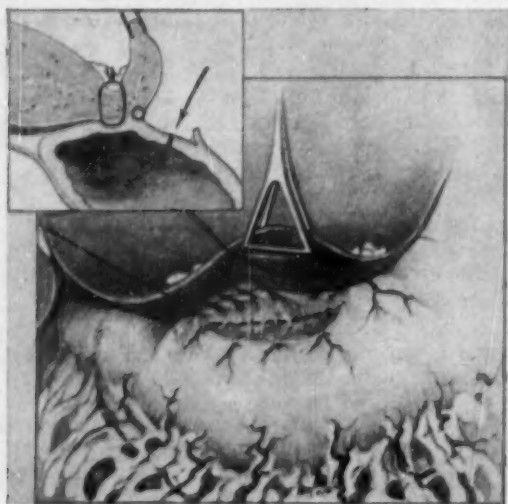


Fig. 10 — Hepatogastrostomía: Primer plano de sutura: seromuscular gástrica con la cápsula de Glisson. Se ven colocados los dos puntos de fijación hepatogástrica. En el esquema del ángulo, el corte. La flecha señala el sitio de la apertura de la mucosa gástrica.

En caso de que el lóbulo izquierdo no fuera utilizable por la anatomía patológica, la hepatoyeyunostomía tiene la ventaja que puede practicarse con el lóbulo derecho del hígado con igual facilidad, utilizando una asa yeyunal larga precólica y practicando una enteroenterostomía de derivación en el pie del asa.

Primer tiempo: Elección del segmento gástrico para anastomizar. Se separa con cuatro pinzas de Allis, un cuadrilátero alargado en la cara anterior del antro y cuerpo gástrico. Las dos pinzas de la derecha se colocan tomando la seromuscular a 4 cm. aproximadamente a la izquierda del píloro, 3 cm. de la curvatura mayor la segunda pinza; las otras pinzas, en lugar homólogo, de

6 a 8 cm. a la izquierda de las primeras. En el medio de este cuadrilátero se incide la seromuscular gástrica solamente y se disecciona en la extensión de 1 cm. por cada labio. Ligadura hemostática de los vasos de la submucosa gástrica que aparecen a la vista de hilo de algodón número 16, de fijación gastrohepática en los extremos de la futura anastomosis. El punto en U atraviesa el parénquima hepático, a 3 cm. del borde, desde la cara superior a la inferior, toma un pliegue grueso de la seromuscular gástrica en el extremo de la línea de disección efectuada y vuelve atravesando el hígado de cara inferior a superior, puntos que se dejan a nudo diferido, para ser anudados al final sobre un trozo libre de epiplón, a fin de

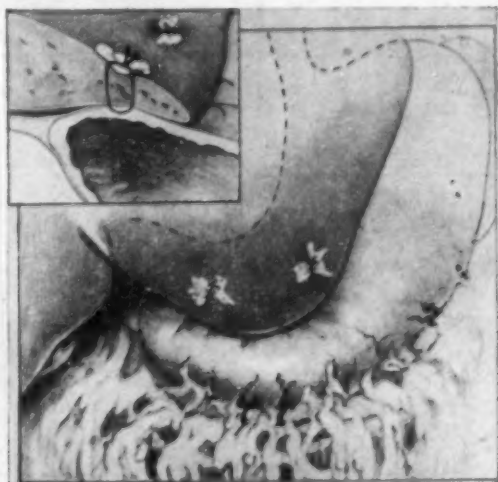


Fig. 14 — *Hepatogastrostomía*: Colocación de dos grandes puntos en U de fijación hepatogástrica, anudados sobre un trozo libre de epiplón. En el esquema del ángulo, el corte se ve el recorrido del punto en U.

que no seccione el tejido hepático. (fig. 14). Los cabos se dejan largos para fijar el epiplón al final de la anastomosis, fijación que servirá de protección a aquella (fig. 16).

Tercer tiempo: primer plano gastrohepáticos posterior o seromuscular glissoniano, que por analogía con las anastomosis del tubo digestivo denominamos no perforante; se colocan primero tres puntos directores de algodón número 40, que toman el labio de la seromuscular gástrica próxima a la curvatura menor, en sus extremos y parte media, y el peritoneo y la cápsula de Glisson del hígado, cara inferior, de 10 a 15 mm. de la futura sección hepática. En seguida se practica un "surget" con igual hilo de sutura, que

comprende todo el plano (fig. 13). Se usará aguja redonda curva semejante a la que se utiliza para las suturas gastrointestinales. Estos puntos y el "surget" deben ser confeccionados cuidando no traccionar demasiado; no siendo así, el hilo de sutura secciona la cápsula de Glisson y pequeña cantidad de parenquima que comprende; debe ser sólo una sutura de afrontamiento, pues el sostén está dado por los dos grandes puntos en U ya descritos. El segundo ayudante mantiene con su mano el estómago en contacto con el hígado hasta la terminación de la anastomosis, a fin de que el peso de la víscera no cause tracción.



Fig. 13 — Hepatogastrostomía: Segundo plano de sutura: mucosa gástrica con el borde de la brecha hepática. En el esquema del ángulo: el corte.

Cuarto tiempo: Apertura de la mucosa gástrica y aspiración del contenido. Sección del parenquima hepático, a efectuar como dijimos al principio — de preferencia a doble bisel exterior, para evitar también la aproximación de los labios de sección de la sutura.

Generalmente, se aprecia claramente el orificio de apertura de algún conducto biliar por el que mana bilis que se mezcla con la sangre. Segundo plano de sutura, gastrohepática, por medio de un "surget" que toma la mucosa gástrica y el borde de sección de la la cuña hepática con su cápsula de Glisson. Esta sutura debe ser también, como la anterior, muy cuidadosa, para no seccionar el tejido hepático; será de simple afrontamiento. (fig. 15).

Quinto tiempo: tercer plano de sutura gastrohepática anterior o seroglissoniano anterior, con su "surget" semejante al primero y con las mismas precauciones. Por último, sobre trozos libres de epiplón se anudan los dos grandes puntos de sostén de la anastomosis que describimos al principio y se fija el epiplón que le servirá de protección. (fig. 16)

Sexto tiempo: cierre la pared sin drenaje.

La crítica que se le hace a la hepatogastrostomía es que pasado un tiempo, puede dejar de funcionar a causa de la obstrucción de los canales biliares abiertos, que se produciría por el tejido de granulación provocado por la acción del jugo gástrico sobre el seg-

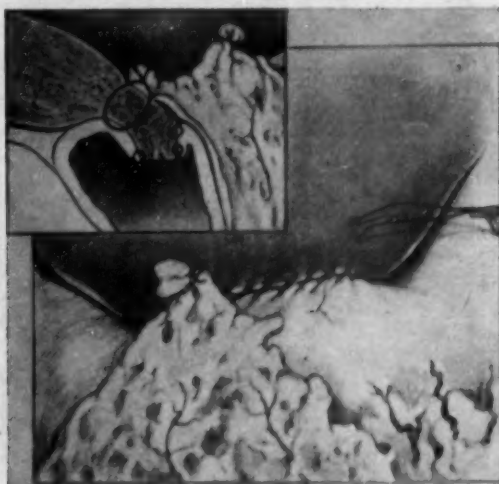


Fig. 16 — Hepatogastrostomía: Fijación del gran epiplón para protección de la anastomosis, con los cabos de los puntos en U, de fijación hepatogástrica. En el esquema del ángulo, el corte.

mento hepático anastomizado. Price y Lee Tunnie han efectuado un serio estudio experimental sobre la digestión de tejidos vivos autógenos por el estómago normal y el estómago hiperácido, habiendo demostrado que el primero digiere el hígado introducido en su cavidad hasta el nivel de la pared gástrica en el término de cuatro semanas y el segundo, en una semana, produciéndose en la superficie del hígado un tejido de granulación, defensivo y proliferante. Durante el período de digestión, los perros presentaban además, hemorragias y anemia consecutiva.

En nuestros dos casos portadores de cáncer de vías biliares altas, no se observó ningún signo semejante a los descritos por los

autores mencionados, posiblemente porque el jugo gástrico de enfermos neoplásicos es de poca actividad digestiva y además porque la bilis llevada al estómago por la anastomosis tiene acción alcalinizante.

Sin embargo, las experiencias de Prive y Lee Tunnie, nos inducen a preferir la hepatoyeyunostomía como hepatostomía interna para los casos benignos (Atresia de las vías biliares, sección quirúrgicas, etc.).



Fig. 17 — Hepatoyeyunostomía: Anastomosis terminada, con enteroenterostomía de derivación en el pie del asa. En el esquema del ángulo el corte.

Técnica de la hepatoduodenostomía. — La hepatoduodenostomía se confecciona con técnica similar a la descrita, para lo cual es indispensable la movilización amplia del duodeno. No es recomendable como tipo de hepatostomía interna por la mayor dificultad técnica, y porque es susceptible de la misma objeción de la hepatogastrostomía.

Técnica de la hepatoyeyunostomía. — La hepatoyeyunostomía tiene la ventaja de ser de igual facilidad técnica que la hepatogastrostomía, que puede confeccionarse con ambos lóbulos hepáticos, y que no presenta la grave objeción de la digestión de los tejidos por el jugo gástrico. Su técnica es igual a la descrita para la hepa-

togastrostomía. Se hará precólica con asa larga y enteroenteroanastomosis en el pie del asa; la figura 17 representa la anastomosis terminada.

Logmire y Sanford han publicado últimamente una técnica de colangioyeyunostomía intrahepática con hepatectomía parcial. Los autores mencionados anastomizan un canal biliar intrahepático con el yeyuno, por intermedio de un pequeño tubo de goma. La investigación del canal biliar intrahepático de suficiente calibre para la anastomosis exige una resección de parénquima, que practican en el lóbulo izquierdo, la que parece ser bastante extensa.

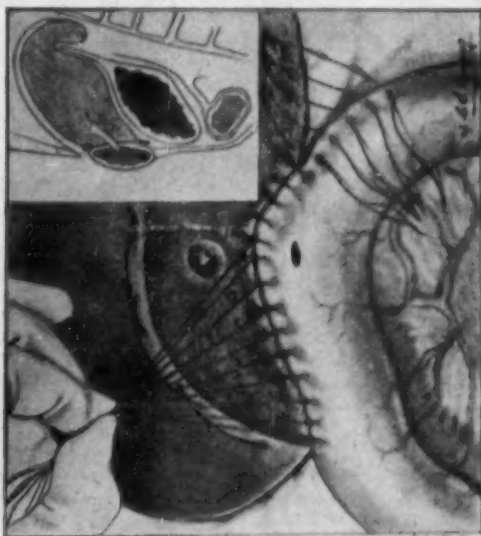


Fig. 18 — Operación de Longmire y Sanford. Colangioyeyunostomía intrahepática con hepatectomía parcial.

Por lo demás, la anastomosis es realizada entre el canal intrahepático desnudo y el yeyuno, limitándose a cubrir la superficie cruenta dejada por la resección, con el asa yeyunal anastomótica (fig. 18). después sin derivación al yeyuno un gran número de canales biliares abiertos por la resección del parénquima, los cuales, a juzgar por nuestra experiencia, si la indicación ha sido precisa — esto es, si la derivación biliar intrahepática se efectúa por ictericia obstructiva total — son todos de importancia para la salida de la bilis. Aunque los autores han tenido éxito con la operación, nosotros creemos que la salida de bilis de estos numerosos canales, es causa de coleperitoneo. En uno de nuestros casos de hepatostomía

externa se produjo un discreto coleperitoneo por la simple punción de canales intrahepáticos, ocasionada al pasar puntos de fijación del parénquima al peritoneo parietal.

La técnica que nosotros describimos nos parece mucho menos traumática; practicamos la extirpación de un trozo de parénquima mucho menor, y anastomizamos toda la brecha hepática al yeyuno. Sin embargo, los nuevos casos publicados por Wilson y Gillespie y Sanders, parecen indicar que la técnica de Longmire y Sanford es efectiva y segura. Ultimamente la hemos efectuado en 1 caso muy difícil de lesión quirúrgica de las vías biliares, que fué operado por cuarta vez y en el cual no había sido posible descubrir el mas mínimo segmento de canal hepático ni siquiera subglosiano —. Se optó entonces por la operación de Longmire que fué de ejecución sumamente laboriosa pues el lóbulo izquierdo del hígado adhería al diafragma, al estómago al peritoneo parietal y al bazo —. Fué necesario para lograr la exteriorización del extremo del lóbulo izquierdo hepático, efectuar también la esplenectomía —. La hemostasia de la sección del lóbulo por la investigación del canal hepático izquierdo fué satisfactoria, el canal se descubrió sin dificultad y se logro introducir en su interior un pequeño tubo de unos 5 mms de diámetro que se fijó al canal y sirvió de tutor para la anastomosis del mismo con el asa yeyunal precólica —. La intervención fué laboriosa pero fué bien tolerada; por el dreno salió bilis durante varios días; el resultado inmediato ha sido bueno —. En otro caso similar anterior efectuamos la simple hepatoyeyunotomía de acuerdo a la técnica representada en la figura 21, que fué mucho más simple, y de resultado muy aceptible —. De el enfermo 8 meses de operado y si fué bastante bien aunque con subictericia crónica.

Técnicas de las hepatostomías internas indirectas o hepatocolecistodigestivas. — Es evidente que cuando se dispone de una vesícula de paredes sanas y envuelta en el proceso causal de la operación, su utilización para la anastomosis hepatodigestiva ofrece ventajas, puesto que la confección de está por intermedio de la vesícula biliar es más sencilla y segura. La hepatostomía interna indirecta o hepatocolecistodigestiva tomará el nombre del órgano digestivo al cual se efectúa: hepatocolecistogastro, duodeno o yeyunotomía (fig. 2).

La técnica es similar a la descrita en el capítulo de hepatostomía externa indirecta (fig. 12), variando sólo el tiempo a seguir con la vesícula, pues en aquélla se deriva al exterior — colecistostomía — y en la interna se efectúan las anastomosis de ella con el estómago, duodeno o yeyuno, según las técnicas conocidas.

Efectuada la hepatostomía propiamente dicha a través del lecho vesicular, es conveniente introducir en el orificio hepatostómico un tubo envuelto en una gasa para efectuar la hemostasis y asegurar el drenaje biliar, tubo que pasará por la vesícula digestiva.

Recomendamos la hepaticolecistoyeyunostomía por ser la anastomosis biliodigestiva más ventajosa. La técnica de la anastomosis colecistoyeyunal se efectuará con asa larga, precólica y enteroanastomosis en el pie del asa.

Técnica de la hepaticostomía intraglandular. — Desde hace 2 años hemos agregado a la hepaticostomía una nueva variedad de derivación de las vías biliares intrahepáticas que llamamos *hepaticostomía intraglandular*, y tiene la ventaja de permitir la colocación de una sonda en un canal biliar principal intrahepático, para la recolección de la secreción biliar en un frasco, eliminando así el cambio frecuente del apósito. Sin embargo, tiene el inconveniente que es de ejecución más difícil y debe ser reservada a los cirujanos muy habituados a la cirugía hepatobiliar.

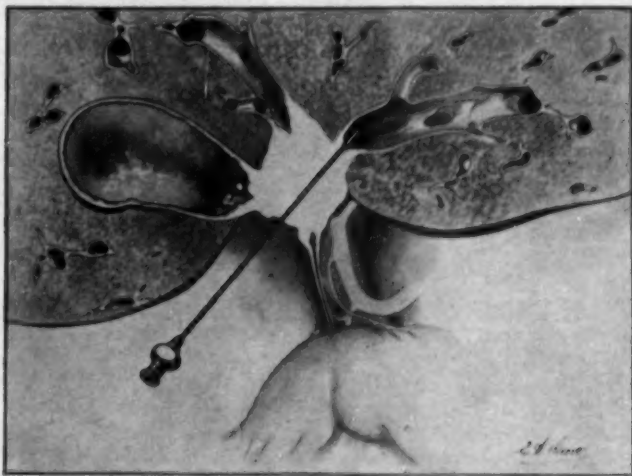


Fig. 19 — *Hepaticostomía intraglandular*: Función en el hilio hepático a través del tumor para alcanzar el hepático izquierdo dilatado. Se deja la aguja que servirá de gula.

La técnica operatoria que hemos reglado y efectuado en 6 casos, es la siguiente:

En la exploración quirúrgica aparece la vesícula excluida si la obstrucción es alta; generalmente se ve y palpa el tumor infiltrativo y duro que engloba el cuello cístico y el hepatocolédoco hasta pleno hilio; la disección cuidadosa demuestra que el tumor no ha dejado porción libre de hepático común accesible para su avivamiento; esta disección debe hacerse *sobre el tumor* para evitar la herida de los grandes vasos que entran a la glándula generalmente por detrás del canal principal. No existiendo hepático libre

de la infiltración tumoral o de la fibrosis por lesión quirúrgica, el cirujano no tiene otra alternativa que efectuar la hepatomía externa con la técnica que hemos descrito o tratar de llegar a los canales hepáticos intraglandulares derecho o izquierdo. Para ello, con una aguja de calibre 10 - 12 décimas, se punciona en el límite superior del tumor en dirección hacia la profundidad y a la izquierda para tratar de alcanzar el canal hepático izquierdo que por lo general es más amplio y accesible. La obstrucción total ha dilatado las vías biliares intrahepáticas en forma considerable y no es difícil llegar en 2 ó 3 tentativas a la luz del canal y aspirar con nitidez buena cantidad de bilis. Se deja aguja colocada, viéndose fluir bilis gota a gota por el pabellón de la misma. (Fig. 19) se introduce

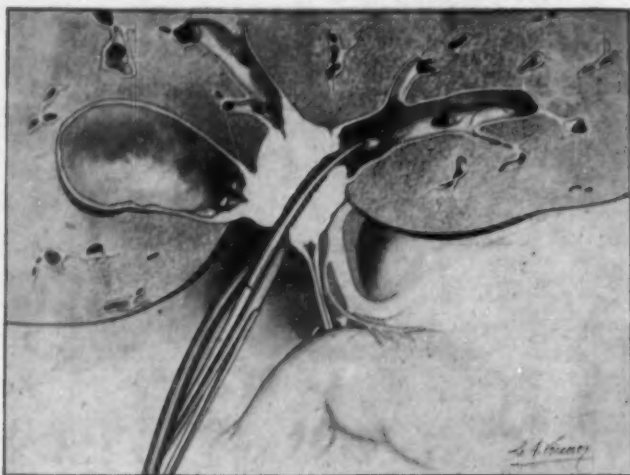


Fig. 20 — Guiándose por la aguja, de la fig 19, colocación de una sonda de NÉLATON en el canal dilatado.

entonces, guiándose por la aguja dejada y rasando la misma, un tenótomo cuya punta debe llegar a la luz del canal lo que se pone en evidencia por la salida de sangre y bilis. Se retira el tenótomo y por la brecha efectuada, siempre con la guía de la aguja de punción, se introduce una fina pinza de tipo Halstead, la que al llegar al sitio buscado se entreabre, dando salida, si se está en la luz del canal, a un flote de bilis. Se retira la pinza y se lleva con la misma una sonda Nélaton N.º 18 ó 20, a la cual se han hecho 2 agujeros laterales, la que alcanzando la luz del canal permite aspirar un poco de bilis; se introduce suavemente la sonda en el canal hepático y se practica una colangiografía operatoria para tener la seguridad de su buena colocación. Fig. 20.

Se fija la sonda con un punto de algodón 16, al lecho vesicular o tejidos fibrosos vecinos y se rodea con 2 ó 3 drenajes de 30 cms. de goma y gasa.

NUESTRA EXPERIENCIA

Hace 9 años desde que practicamos la primer hepatostomía en 1944; el número de ellas a la fecha, (Junio 30 de 53) alcanza a 48, que fueron realizadas por las siguientes causas:

Cancer de vesícula y vías biliares	44
Lesión quirúrgica del hepatocolédoco sometidas a varias reintervenciones	3
Atresia congénita de las vías biliares	1

Las variedades de hepatostomía fueron:

Hepatostomía externa	37
Hepaticostomía externa intraglandular	6
Hepatostomía interna	5

De las hepatocostomías intraglandulares, 5 fueron por cáncer de las vías biliares que invadía totalmente el hilo hepático, de las cuales 28 fueron externas directas y 9 por intermedio de la vesícula ó hepatocolecistostomía.

De las hepatocostomías intraglandulares, 5 fueron por cáncer y una por lesión quirúrgica de las vías biliares.

Por último, de las 5 hepatostomías internas, se efectuaron: dos hepatogastrostomía por cáncer; una hepatoyeyunostomía por atresia congénita de las vías biliares, una hepatoyeyunostomía por lesión quirúrgica del hepatocolédoco reoperado varias veces, y una colangio-yeyunostomía intrahepática con hepatectomía parcial según Longmire, también por lesión quirúrgica de vías biliares reoperado varias veces.

La mortalidad operatoria global fué de 6 casos ó sea 12½%, todos por insuficiencia hepática grave, un caso que falleció a consecuencia de un paro cardíaco operatorio, del cual salió con masaje cardíaco para terminar a las 48 horas como consecuencia de la anoxia cerebral.

La mortalidad clasificada fué: en hepatostomía externa, 4 sobre 37: 10.8% en hepaticostomía intraglandular, 1 sobre 6: 16.6%; en hepatostomía interna, 1 sobre 5: 20%, pero se debe considerar que fué el caso de atresia.

CONCLUSIONES

La hepatostomía, es decir, la derivación de las vías biliares intrahepáticas, debe hacerse cuando anatómicamente es imposible la derivación de las vías biliares extrahepáticas.

Las indicaciones fundamentales están constituidas por la atresia total de las vías biliares extrahepáticas, por los tumores malignos

de las vías biliares que llegan al hilio y por la estenosis traumática total de las vías biliares.

La hepatoestomía externa practicada en los casos de tumores malignos o como primer tiempo en los demás casos.

La hepatoestomía interna se efectuará de preferencia en los casos de atresia total de las vías biliares o de lesiones traumáticas para evitar al enfermo la fístula externa.

El cirujano de vías biliares debe conocer y practicar estas operaciones de indicaciones definidas, pues de lo contrario limitará su recurso terapéutico a la simple laparotomía.

Laboratório Químico Farmacêutico

V. BALDACCI

PISA — (Italia)

HEMOSTÁTICOS DE CONFIANÇA
ZIMEMA

ampólas de 5 cc.

Globulinas plasmáticas e substâncias tromboplásticas em
solução fisiológica.

ZIMEMA K

ampólas de 2 e 5 cc.

Solução de Zimema e Vitamina K

ZIMOSPUMA

Esonja de Fibrina puríssima em tubos esterilizados para
hemostasia em cirurgia cavitária.

Únicos distribuidores no Brasil

LABORATÓRIO BIO-NEVRON S/A

Rua Pedro de Toledo, 519 — Caixa Postal, 718

Tel.: 70-2657 — São Paulo, Brasil

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

*"...a fertilidade e a longevidade é maior
com uma nutrição rica em vitamina A."*

(SHERMAN — Bioquímica dos Alimentos)

BIOTESTIL

HORMÔNIO + VITAMINAS

Cada ampôla de 2,5 cm³ contém:

Propionato de Testosterona	10 mg.
Vitamina E	10 mg.
Vitamina A	10.000 U.I.
Vitamina D	1.000 U.I.
Soluto oleoso de cérebro	600 mg.

★

Reativa no organismo a sua normalidade fisiológica
restabelecendo o equilíbrio sómato-psíquico

★

LABORATÓRIOS NOVOTHERÁPICA S/A.

Rua Pedroso de Moraes, 977 — São Paulo (Brasil)

● Solução concentrada de glicorofosfatos "cerebrais"; de sódio, de potássio e de magnésio.
● Leva as matérias minerais específicas indispensáveis a reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa.
**NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO**
**ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



**Nevrosthene
Freysing**

Gotas

Filial: rua Marquês de Itá, 202 — São Paulo

SULFADEX-GÔTAS

"SULFAS COMBINADAS EM SOLUÇÃO AQUOSA"

FÓRMULA:

Succinil - SULFADIAZINA di-sódica ... 0,111 g
Succinil - SULFAMERAZINA di-sódica . 0,109 g
Succinil - SULFAMETAZINA di-sódica . 0,106 g
Água destilada q. s. p. 1,0 cm³

INDICAÇÕES:

Infeções causadas por: Neumococos, Meningococos, Gonococos, Estafilococos, Pulmonia Kl, influência H, e como coadjuvante nas infecções mistas ou de etiologia duvidosa.

VANTAGENS TERAPÊUTICAS DO "SULFADEX-GÔTAS"

- 1.^a) Três "sulfas" combinadas em solução aquosa límpida e praticamente NEUTRA; primeiro produto NO MUNDO no gênero.
- 2.^a) Alta concentração (21% de Sulfonamidas puras).
- 3.^a) Fácil administração, mormente em pediatria.
- 4.^a) Sabor corrigível (administrada com água açucarada, laranja).
- 5.^a) Dosagem exata mesmo em pequenas frações.
- 6.^a) Toxidez baixíssima.
- 7.^a) Cristalúria renal enormemente pequena.
- 8.^a) Obstrução renal nula.
- 9.^a) Evita reações alérgicas.
- 10.^a) Derivados sulfonamídicos *sintetizados* em nossos laboratórios sob controle absoluto.

MODOS DE USAR

CRANÇAS:

Dar na primeira administração 3 gôtas por quilo de peso da criança, da segunda administração em diante dar 9 gôtas cada 24 horas, por quilo de peso, divididas em 6 doses, isto é, uma cada 4 horas.

Quilos de peso da criança	Dose inicial 1. ^a administração	Dose normal 2. ^a administração em diante	Quantidade de sulfonamida em 24 horas
4	12 gôtas	6 gôtas	0,378 g
6	18 "	9 "	0,567 g
8	24 "	12 "	0,756 g
10	30 "	15 "	0,945 g
12	36 "	18 "	1,134 g
20	60 "	30 "	1,890 g

ADULTOS:

Dose inicial: 6 cm³ (mais ou menos 3 conta-gôtas cheios).

Dose normal: 3 cm³, cada 4 horas, até a cessação da febre.

★

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.

Rua Maria Paula, 136 — Telefone 33-4263 — São Paulo, Brasil

Drenagem em cirurgia biliar

Dr. A. J. RIBEIRO DE CAMARGO

Curitiba, Paraná, Brasil

Pareceria estranho, à primeira vista, que neste Congresso se ventilasse uma questão cujo mérito não têm base na originalidade; no entanto, pareceu-nos haver uma certa divergência no que diz respeito às suas indicações e contra indicações. Assim, trazemos aqui o resultado de nossa experiência pessoal, com base nos serviços que frequentamos, aliada aos trabalhos de literatura que nos foi possível compulsar.

Há trinta anos, aproximadamente, era de rotina a DRENAGEM após intervenções das vias biliares. Hoje, com o auxílio da anestesia controlada, o cirurgião explora com maior facilidade, optando por uma técnica de escolha. Por outro lado, dominamos melhor agora a hemostasia e as suturas e por outro temos a ação dos antibióticos e coagulantes; aqueles proporcionando ao cirurgião maior segurança, e estes, as DRENAGENS desnecessárias com a conseqüente permanência hospitalar excessiva.

Diversas são as maneiras de DRENAGEM empregadas nas intervenções das vias biliares, cada uma das quais comportando indicações várias.

Os quadros seguintes externam a nossa opinião:

DRENAMOS:

- | | | | | |
|---|---------------------|---|---|-----------------------|
| I) | { | a) Nos obesos | | |
| A PAREDE | | b) Nos empiemas, contaminando o campo operatório. | | |
| II) | { | a) No coleperitônio; | | |
| A CAVIDADE PERITONEAL | | b) Nos empiemas; | | |
| | | c) Após intervenções demoradas; | | |
| | | d) após coledocotomia; | | |
| | | e) Após colecistectomia (fig. n.º 1) | { | |
| | | f) Câncer da vesícula; | | Colecistite aguda |
| | | | | Gangrena da vesícula; |
| Vólvo da vesícula; | | | | |
| g) Anastomose bílio-digestiva (fig. n.ºs 2, 3 e 4). | Hemostasia precária | | | |
| | | Insegurança da ligadura do coto cístico. | | |

- III)
A VIA BILIAR
ACCESSÓRIA ... { Por colecistectomia ... {
- a) Peritonite biliar.
 - b) Empiemas.
 - c) Angiololites com estado geral precário.
 - d) Após extirpação de cálculos vesiculares no curso de icterícia hemolítica.
- IV)
A VIA BILIAR
PRINCIPAL {
- a) Pela via acessória com cístico permeável (Fig. n.º 7, Des. 2).
 - b) Litíase do Hépato-Colédoco.
 - c) Peritonite biliar secundária.
 - d) Coledocites.
 - e) Odites.
 - f) Obstruções.
 - h) Angiololites.
 - i) Pancreatite aguda.

FORMAS DE DRENAGEM

Parede — Crina

Cavidade Peritoneal ... { Penrose
Nelaton

Via. biliar acessória { Sonda de Pezzet (Fig. n.º 5)
Nelaton

principal { Tubo transpapilar de Eynard
Tubo de Kehr (Fig. n.º 6 — Des. 2)
Nelaton 14 a 16
Tubos de Haley
Tubos Plásticos

DESVANTAGENS DA DRENAGEM

DERIVAÇÃO EXTERNA {

- a) Aumento da pressão biliar coledociana.
Alterações de ordem nutritivas:
- b) 1.ª) Perda da bile;
2.ª) Deficiência na absorção de vitaminas D, C e K.
- c) Dificuldade para recuperação da bile perdida.
- d) Retardo da cicatrização.
Possibilidade de estenose residual:
- e) 1.ª) Possibilidade de fistulas do colédoco;
2.ª) Possibilidades de fistula duodenal quando usada a técnica de Voelker.

DERIVAÇÃO INTERNA {

- Com tubo perdido.... { Intervenção posterior para retirada do tubo.
- Anastomoses bilio-digestivas Fig. 2, 3 e 4. { Condições precárias da parede coledociana nas Coledocites inflamatórias, primitivas ou secundárias, à obstrução Litíase.

CLASSIFICAÇÃO DAS DRENAGENS (Seg. J. QUÉNU)

EXTERNAS.....	{ a) Direta (Fig. n.º 6) b) Indireta (Fig. n.º 7)
INTERNAS.....	{ a) Tubo Perdido (Fig. n.º 8) b) Anastomose bílio-digestivas.

Nossa Casuística — Em 85 casos:

DRENAMOS:

Derivação externa	— 6 { C/ Tubo de Kehr — 5 C/ Nelaton — 1
Derivação interna	— 3 { Colecisto-jejunostomia — 2 Tubo Perdido — 1

A Parede — 8 casos.

A Região Sub-Hepática — 6 casos.

As vias biliares — 9 casos.

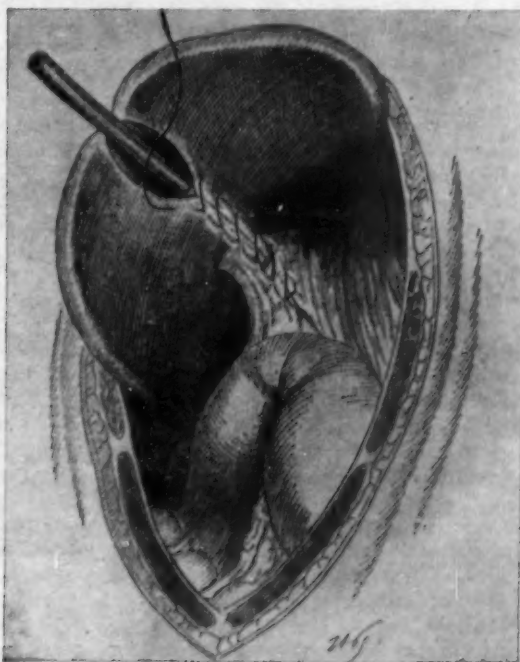


Fig. 1 — Drenagem abaixo serosa após colecistectomia.

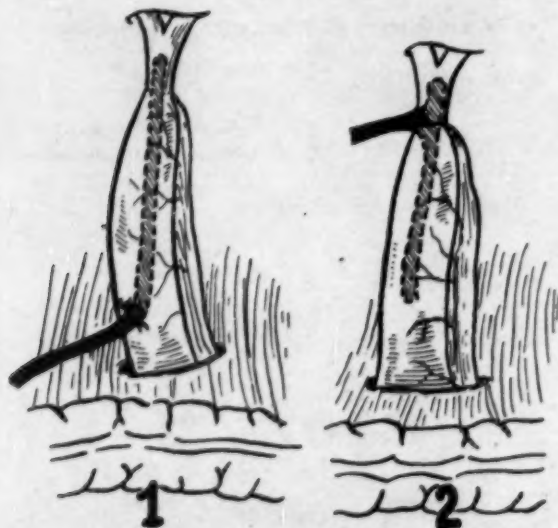


Fig. 2 — Anastomose colédoco-jejunal. (1) Voelcker — (2) Com tubo em T. (PINEAU).

Dos 6 casos em que fizemos a derivação externa, três foram do sexo masculino, com as seguintes idades: 64, 56 e 42 anos. As do sexo feminino tinham: 41, 41 e 47 anos.

O nosso doente de 64 anos de idade, foi operado em franca icterícia obstrutiva por litíase. Feita a colecistectomia, abrimos o colédoco, retiramos diversos cálculos, exploramos a via principal com Beniqué e drenamos com tubo de Kehr. O post-operatório correu sem acidentes, sendo o dreno retirado no 12.º dia.

O 2.º caso masculino, sofredor antigo, porém, sem passado icterico. No ato cirúrgico, encontramos uma vesícula grande, infectada com inúmeras concreções pequenas. A palpação do colédoco, notamos presença de cálculos. Aberto, retiramos três. A exploração com Beniqué nos deu a impressão de ausência de corpos estranhos. Drenamos com o tubo de Kehr. 24 horas após a intervenção, o dreno se obstruiu e se iniciou o quadro icterico. Conseguimos a desobstrução com a técnica de Pribam. O pos-operatório foi acidentado, devido a irritabilidade do doente, à desnutrição progressiva e a uma atonia da bexiga que nos obrigou ao cateterismo vesical por varios dias. O dreno foi retirado no 15.º dia, após a colangiografia nos mostrar boa permeabilidade de escoamento e ausencia de imagens opacas.

O 3.º caso masculino foi o nosso 1.º insucesso. Faleceu no 16.º dia após um post-operatório acidentado, com insuficiência hepato-renal tardia. Neste caso, havíamos encontrado um colédoco extre-

mamente curto e dilatado, contendo no seu interior inúmeras concreções de médio tamanho. A operação foi demorada por tratar-se de um indivíduo volumoso e com excessivo pâncreo adiposo.

Os nossos três casos femininos, apenas um teve post-operatório com alterações sérias. Tratava-se de uma portadora de litíase vesicular, coledociana e com úlcera duodenal. Essa doente, já viciada no uso de entorpecentes, sempre se rebelou à intervenção. Certo dia (20/4/48), teve uma crise violenta, quando intervimos pensando em perfuração da úlcera. Aberta a parede, constatamos perfuração vesicular. Fizemos a colecistectomia, retiramos as concreções do

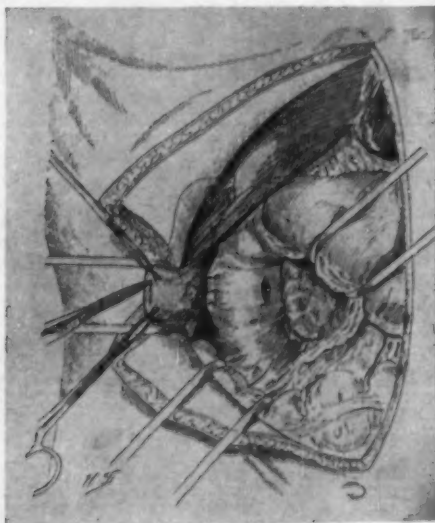


Fig. 3 — Colecisto-duodenostomia. O corpo da vesícula é fixado pelos três pontos da sero-serosa ao bordo direito da segunda porção do duodeno. (J. Quênu)

colédoco e drenamos com tubo de Kehr. Pela madrugada do dia imediato à intervenção, exigiu a doente o costumeiro entorpecente, o qual foi substituído por antispasmódico. Em verdadeira crise nervosa pela necessidade de um tóxico, arrancou o dreno. Reoperamos pela manhã, não mais conseguindo a colocação do Kehr e sim de um Nelaton n.º 14. O post-operatório foi acidentado: no 6.º dia da operação, o estado geral piorou e notamos pelo dreno colocado na região sub-hepática, a presença de detritos alimentares; exame radiológico nos confirmou o diagnóstico de perfuração da úlcera. Nova intervenção foi praticada: gastroduodenectomia subtotal com anastomose anterior. Retiramos o dreno de Kehr, no 18.º

dia. O post-operatório continuou acidentado, fazendo um pleuriz direito. O seu reestabelecimento foi lento, permanecendo hospitalizada por 90 dias.

Diversos artifícios temos usado para recuperação da bile perdida, como sejam: reinjetando por entubação gastro-duodenal; tentando que, os doentes tomem aos copos, no momento das refeições. O nosso pessoal de serviço, filtra a bile e a mistura com caldo de laranja. Dos seis doentes drenados, somente duas mulheres puderam tomar a sua própria bile, sem grandes reclamações. Do 5.º dia em diante, sempre iniciamos a irrigação do colédoco com

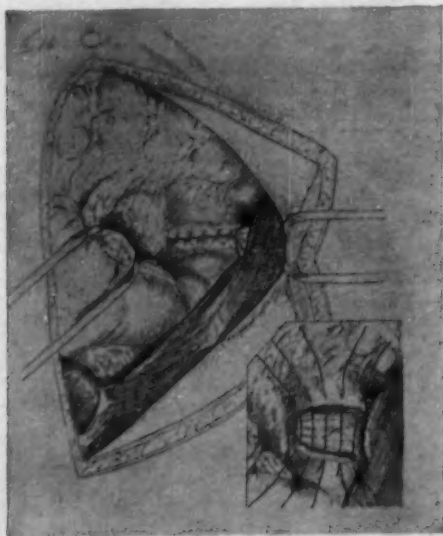


Fig. 4 — Colecisto-duodenostomia. Em cima: Anastomose; em baixo a vesícula é fechada. (J. QUÉNU).

solução salina. No 8.º dia temos iniciado o fechamento da extremidade do dreno por horas alternadas, progredindo em seguida o número de horas com a sonda fechada.

Das derivações internas, relatamos um caso de tubo perdido. Caso esse que já foi publicado em trabalho conjunto com o dr. Eurico Branco Ribeiro. Citamos apenas afim de confirmar o que dissemos sobre a necessidade de intervenção posterior para a retirada do tubo.

As duas colecisto-jejunostomias, que praticamos, foram apenas como intervenções paliativas. Tratavam-se de doentes com icterícia

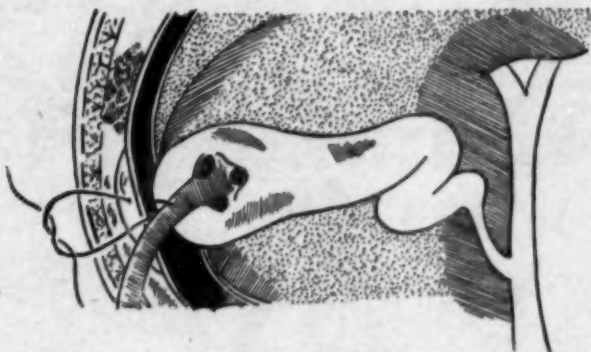


Fig. 6 — Drenagem vesicular por sonda de Pessier. (PINEAU).

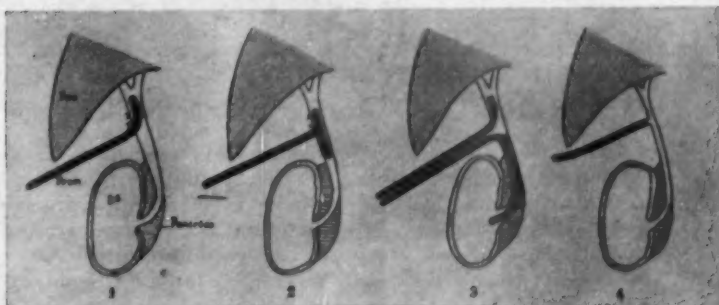


Fig. 6 — Drenagem da via biliar principal: Drenagem externa direta. (J. QUÉNU).

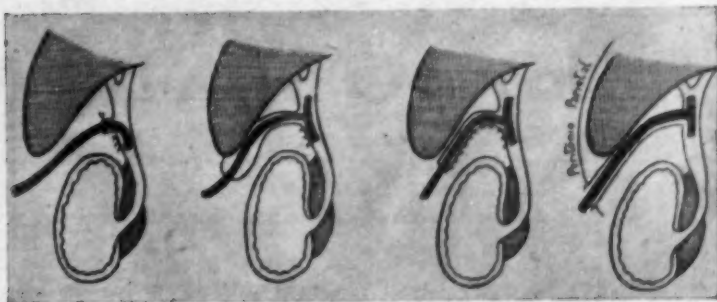


Fig. 7 — Drenagem da via biliar principal: Drenagem externa indireta da via biliar principal pela via acessória. (J. QUÉNU).

obstrutiva por tumor da cabeça do pâncreas. A melhora do estado geral foi excelente, somente nos primeiros dias.

Terminando, desejamos apenas comentar sobre o material que dispomos para a drenagem da via biliar principal: o tubo de Kehr, mundialmente conhecido é ótimo. Infelizmente, os de fabricação nacional não são satisfatórios, devido a serem colados um ao outro,



Fig. 8 — Drenagem da via biliar principal por tubo perdido.

quando deveriam ser inteiriços. Nós temos conhecimento de casos que, ao se tentar retirar o dreno a sua extremidade inferior se desprende, ficando a outra parte no colédoco. Não temos experiência com os tubos plásticos. Pela literatura, conhecemos o tubo transpapilar de Eynard, que nos parece muito interessante. Além de drenar a via principal drena também a papila, evitando as sequelas das Odites.

RUBROMALT

*Extrato de malte
com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets


A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



**GRIPE, BRONquite
INFECCÖES DAS
VIAS RESPIRATÓRIAS**



Gomenol Eucaliptol



+ Vit. A

AMPÖLAS de 2cm³

LABORATÖRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Fístulo-anastomose

Dr. JAIME RODRIGUES

(São Paulo, Brasil)

A operação que, por meio de uma anastomose, reconduz para o interior do tubo digestivo o fluxo de uma fístula biliar ou pancreática externa, aproveitando o trajeto fistuloso, recebe o nome de fístulo-anastomose, ou simplesmente F.A.

A F.A. é, em última análise, no caso da fístula biliar, uma operação de anastomose bilio-digestiva. Apenas aqui, entre o ducto comum ou o próprio fígado, e o segmento do tubo digestivo com o qual se faz a anastomose, está interposto um trajeto fistuloso.

Neste nosso trabalho, nos ocuparemos deste tipo de anastomose bilio-digestiva.

Em que pesem os melhores conhecimentos atuais das intervenções sobre as vias biliares extra-hepáticas, as fístulas biliares externas, ainda que em número menor, continuarão a existir. Algumas vezes, por deficiência do cirurgião, e outras vezes, por condições fortuitas do caso.

Via de regra, a fístula aparece como consequência de lesão do colédoco ou do hepático. Os cirurgiões experimentados em cirurgia das vias biliares sabem como é fácil, em certos casos, se lesar o ducto principal nas manobras de dissecação do pedículo para ligadura do cístico e da cística.

Isso, particularmente, pode ocorrer quando há hemorragia da cística e o cirurgião não tem a calma suficiente para controlar a saída do sangue e verificar bem, cautelosamente, o que deve ser pinçado.

Esse risco é mais acentuado, a nosso vêr, quando se pratica a colecistectomia retrograda, especialmente quando, pelo relaxamento completo, a tração feita diretamente sobre a vesícula biliar trás, em determinadas circunstâncias, o acotovelamento do canal biliar principal. Já não falamos naqueles casos em que a vesícula desemboca quasi diretamente nesse canal, sem que possamos distinguir um cístico, casos esses muito propícios para lesão do ducto.

A primeira fístulo-anastomose no homem foi feita por Von Stubenrauch em 1906, quando anastomosou ao duodeno uma fístula biliar externa, sem conseguir todavia sucesso.

Depois disso, Pauchet em 1910 e Williams em 1913 obtiveram os primeiros resultados com fístulo-duodenoanastomoses.

De então para cá apareceram outros propugnadores da F.A., trazendo sua contribuição pessoal, com bons e maus resultados.

Para que se possa executar uma fístulo-anastomose é preciso que se conte primeiramente com um trajeto fistuloso bem formado, que constitua um verdadeiro canal, por véses com epitélio e formações glandulares, com fluxo biliar constante e, com pressão suficiente para manter a fístula aberta.

Desde que a fístula seja unicamente parcial, como por exemplo acontece nos casos em que o fluxo biliar provem de canal acessório sectionado, as suas características não serão as ideais para a execução da F.A.

A anastomose poderá ser feita com o duodeno, com o jejuno ou com o estômago.

Parece todavia que a anastomose com o antro do estômago é a que melhor satisfaz, quer pela mobilidade do órgão, quer pela proximidade que habitualmente se encontra entre o trajeto fistuloso dissecado e aquela porção do estômago; quer ainda, pela menor gravidade que haverá na hipótese de uma deiscência da sutura. Esta é a opinião que emana da experiência de cirurgiões como Lahey, Babcock, Lilienthal e outros.

Para a execução da anastomose é necessário que se tenha um bom trajeto fistuloso, não dissecando muito razante para que não se o prive de muitos vasos neoformados que lhe garantem a nutrição. Daí o conselho inicial nas operações de reconstrução da via biliar principal de se evitar a lesão do trajeto fistuloso, pois na impossibilidade da sua execução devido às dificuldades técnicas ou condições especiais do doente, ter-se-á sempre uma fístula bem irrigada à disposição do cirurgião para a execução de uma fístulo-anastomose em boas condições.

Para se identificar o trajeto, é de bom alvitre se praticar a dissecação, mantendo um tubo de borracha no seu interior para servir de guia, o que nos parece melhor que a injeção de corante, preconizada por outros.

Não é necessário que se disseque a fístula numa extensão muito grande, bastando no geral de 5 a 6 cms. Comumente se verificará durante a intervenção que a fístula se fez acompanhando a face inferior do fígado, estando o seu trajeto a ela intimamente ligado.

Uma vez dissecado o trajeto fistuloso na extensão suficiente, incluindo si se quizer a pele que circunda o orifício cutâneo da fístula, experimenta-se aproximá-lo ao antro do estômago ou ao duodeno, conforme a preferência do cirurgião.

Verificada a viabilidade da anastomose sem muita tensão, escolhe-se o método de se a fazer. Ou através uma implantação a Witzel, ou se fazendo a anastomose diretamente, através o orifício aberto no antro, duodeno ou jejuno, por pontos separados.

Quer nos parecer ser de boa medida deixar o tubo condutor de borracha, que tem a virtude de manter o orifício anastomótico bem aberto, pelo menos nos primeiros dias, pois êle é eliminado em curto prazo.

Em 1937, Babcock descreveu um processo em que trás uma porção do estômago ou duodeno para fora da cavidade abdominal, conforme os senhores poderão vêr nesta prancha, para anastomosar com a fístula, na sua emergência da aponevrose, diminuindo assim os riscos de uma intervenção intraperitoneal.

Via de regra, os doentes com fístula biliar externa chegam ao cirurgião em más condições gerais, exigindo por isso um pré-operatório bastante rigoroso, para que se diminuam os riscos de uma desunião da anastomose, ou peor, de um desenlace, apesar da simplicidade do método.

Regime hiperproteico, transfusões de sangue, administração de saes biliares e vitaminas, cuidado da pele ao redor do orifício cutâneo da fístula, tudo isso deverá ser posto em prática no pré-operatório, conhecidas as necessidades particulares de cada caso.

Controversia tem havido sôbre o valor da F.A.. Mas não padece dúvida que, muitas vêzes é ela a operação salvadora que permite com muita simplicidade, resolver uma condição praticamente insuperável.

Merece ela maior divulgação do que a que se lhe tem feito, para que se torne melhor conhecida, especialmente em centros de recursos mais parcos, pois ela possibilita de um modo bastante simples, reconduzir para o interior do tubo digestivo o produto de secreção biliar, que se está fazendo para o exterior.

É claro que a F.A. deve ser uma operação de exceção, destinada a ser praticada apenas, quando se torne inexequível uma operação de reconstrução da V.B.P., quer por condições anatômicas locais, quer pelo mau estado do doente.

Ela deve viver da contraindicação das outras operações de reconstrução da V.B.P., não podendo a nosso vêr, sofrer confronto com aquêles métodos.

Está ela sujeita aos mesmos inconvenientes das anastomoses bilio-digestivas em geral, acrescida, pelo menos teóricamente, de maior possibilidade de estenose.

Entretanto, alguns cirurgiões, como Mencières e Yovanovitch, que estudaram exaustivamente a F.A. são seus fervorosos adeptos, julgando-a mesmo superior a outros métodos de restabelecimento do fluxo biliar para o interior do tubo digestivo.

Nós apresentamos agora a nossa modesta experiência, que consta de 4 casos. Sômente o tempo, a longo prazo, nos poderá dizer da utilidade do método. Entretanto podemos afirmar que a F.A. livrou êsses pacientes de situação aflitiva e certamente irremediável, permitindo-lhes uma sobrevida a prazo desconhecido.

Sugerimos um estudo experimental da F.A., com longo período de observação. Trabalho interessante para se fazer, pois não encontramos na literatura nada a esse respeito.

São as seguintes as nossas observações:

1.º CASO: S.F.C., branca, brasileira, casada, 32 anos, residente em São Paulo. — Em Março de 1951 foi submetida a uma colecistectomia por calculose. Dias após se instalou, uma fistula biliar, de débito contínuo, que não cedeu, acarretando-lhe grande queda no estado geral. Como piorasse procurou este Serviço, onde deu entrada em Maio do mesmo ano.

A paciente se apresentava bastante emagrecida e profundamente abatida. Após cuidadosos preparativos, foi a mesma levada à mesa de cirurgia.

Sob anestesia geral foi tentada a reconstrução da V. B. P. Como se mostrasse extremamente bloqueado o pedículo hepático, sangrando facilmente, decidimos aproveitar o trajeto fistuloso para execução de uma F.A.. Dissecada a fistula, mantendo no seu interior um tubo de borracha, foi ela implantada no antro do estômago, fazendo a anastomose com pontos separados de catgut atraumático fino. Deixou-se o tubo de borracha através a anastomose.

A evolução foi excelente tendo o tubo sido eliminado alguns dias depois.

A doente foi revista há poucos dias, se apresentando forte, bem disposta, tendo engordado 20 quilos. Não relata surto febril nem sub-icterícia.

2.º CASO: O.F.A., branca, brasileira, 25 anos casada. — Em Janeiro de 1951 foi submetida a colecistectomia por calculose. No post-operatório imediato apareceu fistula biliar que persistiu por 3 meses, após o que fechou espontaneamente. Doze meses depois disso, já com o fígado enormemente aumentado de volume, apresentava icterícia intensa e acolia completa.

Em péssimas condições, excessivamente emagrecida, deu entrada no Serviço em Maio de 1952.

Convenientemente preparada, mas ainda em estado bastante precário foi levada à mesa de cirurgia.

Uma cuidadosa e extremamente trabalhosa dissecação nos mostrou estenose de todo o canal biliar principal, conseguindo após prolongada pesquisa identificar o canal hepático da direita.

Dadas as condições da paciente, praticamos uma fistulização, introduzindo uma sonda no hepático identificado, para derivação externa da bile. Creamos assim uma fistula externa que 60 dias após, com o trajeto já bem formado, a implantamos no antro, sem tubo condutor. Entretanto, dias depois houve deiscência da anastomose, havendo novamente saída de bile.

Em setembro de 1952, após rigoroso pré-operatório, reimplantamos a fistula no antro, desta vez mantendo no seu interior o tubo de borracha.

Dias após eliminava o tubo por vômito, e após alguns dias de pequena saída de bile, a fistula fechou por completo.

Esta paciente que melhorou bastante em relação ao seu estado anterior, tem sido vista periodicamente. Ainda se mantém subicterícia.

3.º CASO: M.B.M., branca, brasileira, casada, 36 anos. — Operada de colecistite calculosa (colecistectomia), instalou-se dias após uma fistula biliar de fluxo constante, sem qualquer tendência para o fechamento. Como seu estado fosse piorando rapidamente, entrou para o Serviço em 1-2-53. Feito o pré-indicado, foi submetida a uma tentativa de reconstrução da V.B.P.. Encontrada dificuldade de ordem técnica, foi a fistula dissecada, com o tubo de borracha introduzido no seu interior, fazendo-se a dissecação não muito razeante, para não prejudicar a sua nutrição. A seguir foi feita uma pequena abertura no antro do estômago, tendo sido aí mergulhada a fistula, que tinha ao redor do orifício cutâneo um bordolete de pele. Pontos separados de catgut atraumático fino, unindo a sero-muscular à fistula.

Evolução imediata boa, com cicatrização "per primam", não havendo saída de bile alguma.

Passou bem até há bem pouco tempo, quando nos procurou com surto de icterícia. Embora tenha apresentado melhora está sendo observada para tentativa de uma hêpato-jejunoanastomose.

4.º CASO: S.F.A., branca, brasileira, 54 anos. — Operada há 5 meses, tendo sido feita colecistectomia por calculose da vesícula.

Oito dias depois da intervenção, notou saída de bile em quantidade abundante, por orifício na linha de incisão, ao mesmo tempo que as fezes ficavam esbranquiçadas e a urina muito carregada.

Agravando-se muito seu estado, procurou este Serviço, dando entrada em 16-3-1953. Nessa ocasião persistia a fístula com fluxo biliar intenso. Feito o preparativo indicado para o caso, foi submetida, sob anestesia geral, a uma tentativa de implantação da fístula, no antro, considerado seu péssimo estado geral.

Introduzindo-se, como nos casos anteriores, um tubo de borracha no interior da fístula foi ela dissecada, mantendo uma boa porção de tecido perfistuloso para lhe garantir a nutrição. Foi feita a seguir a implantação no antro do estômago com sutura por pontos separados, catgut atraumático, conservado o tubo de borracha em seu interior. No 4.º dia de post-operatório, após violento acesso de tosse, houve deiscência da anastomose, saindo novamente bile em quantidade abundante, pelo orifício de um dreno de Penrose que fora deixado na linha de incisão.

Quarenta dias depois, feito rigoroso pré, foi novamente tentada a implantação, do mesmo modo, desta vez, com bom resultado, anda que houvesse saída de alguma bile nos primeiros dias.

Presentemente passa bem, estando anictérica e com fezes bem coradas.

APRECI A Ç Ã O

Como os senhores vêem, apresentamos 4 casos de F.A. operados em nosso Serviço.

Em dois casos a indicação de ordem técnica e nos outros dois foi ditada pelo estado geral das pacientes.

Em todos êles a implantação do tracto fistuloso se fez no antro.

No caso da observação n.º 1, decorridos quasi 2 anos e meio o resultado se mantém excelente.

No caso da observação n.º 2, em que a cirrose biliar já era bastante avançada, o resultado poderá ser considerado regular, pois, indiscutivelmente a paciente melhorou.

No caso da observação n.º 3, o resultado deve ser considerado mau, pois a paciente apresenta no momento crise ictérica, embora em aparente declínio.

No caso da observação n.º 4, até o momento o caso é bom. Entretanto, não é tempo ainda para se julgar o resultado de uma F.A.

Os resultados destas operações, como os da operações de anastomose bílio-digestiva, em geral, só deverão ser apreciados depois de muitos anos de observação.

Encontramos o registro de 45 casos na literatura por nós consultada. Dêstes, 21 casos estão rotulados como bons resultados; 4 como medíocres; 6 como insucessos; 5 mortes (incluindo caso falecido dois anos após a operação) e 7 casos não acompanhados.

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1 000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818
Caixa Postal 5.705 - Enderêço Teleférico: "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio - Rua Campos, 545.

FILIAL.....: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telefone: 52-9626.
Enderêço Teleférico: "BAXTER"

PREVINE AS LESÕES DA CÉLULA HEPÁTICA

- por infiltração gordurosa
- por substâncias tóxicas
- por carência alimentar

3 a 9 comprimidos por dia.

CHOLIMETIOL

Cada comprimido contém:

1. - FATORES LIPOTRÓPICOS

Metionina..... 0,20 g
Colina 0,20 g
Vit. B₁₂ 5mc g

2. - FATOR ANTINECRÓTICO E ANTITÓXICO ALFA-TOCOFEROL (Vit. E) 0,003 g.

Vitamin E, or alpha tocopherol, another fat-soluble vitamin, has an important role in the nutritional production of hepatic necrosis (Chapter 40). Klatzkin and K...

292

DISEASES OF THE LIVER

THE ROLE OF VITAMINS IN HEPATIC INJURY and pa-
Tocopherol this is

Thus, tocopherol deficiency has been found to be an important factor in dietary hepatic necrosis. The other curious fact is that such divergent chemicals as tocopherol and methionine should have a similar effect on hepatic necrosis. Thus, an animal on a methionine (cystine) deficient diet may be protected by tocopherol or vice-versa. Tocopherol, like, liver



3. - SUBSTÂNCIAS QUE CORRIGEM A TENDÊNCIA HEMORRÁGICA NAS DOENÇAS HEPÁTICAS.

Rutina..... 0,015 g
Vit. K..... 0,0005 g

LABORATÓRIOS ENILA S. A.

RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO DE JANEIRO

Filial: rua Marquês de Itó, 202 — São Paulo



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não atua o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opiáceos
- É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampélas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar -- Telefone 34-0655

SÃO PAULO

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cardíaco-musculares:** pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribui para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias:** sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas:** como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso:** como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.



LABORATÓRIO

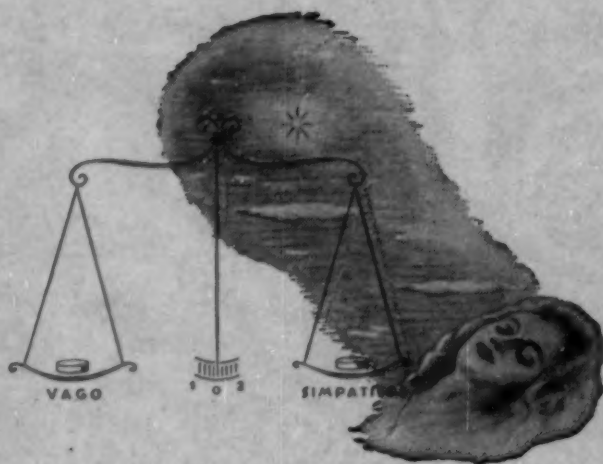
TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 -- São Paulo, Brasil

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimeu.